الدكتور عبد العزيز عبدالله البريثن

الارشاد الاسري

FAMILY COUNSELING



الإرشاد الأسري

Family Counseling

الإرشاد الأسري

Family Counseling

تأليف

دكتور عبدالعزيز عبدالله البريثن



2011

رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية
(2008/1/118)

158.2

البريثن، عبدالعزيز عبدالله
الإرشاد الأسري Family Counseling / عبدالعزيز عبدالله البريثن. ـ عمان:
دار الشروق، 2008
(   ) ص
ر. إ. : 2008/1/118
الواصفات: رعاية الأسرة//الارشاد النفسي//الخدمات الاجتماعية//الأسرة //رعاية الطفولة/

• تم إعداد بيانات الفهرسة الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية
يتحمل المؤلف كامل المسؤولية القانونية عن محتوى مصنفة ولا يعبّر هذا المصنف عن رأي دائرة المكتبة الوطنية أو أي جهة حكومية أخرى

ISBN 978-9957 - 00 - 268- 6

- الإرشاد الأسري Family Counseling .
- تأليف : الدكتور عبد العزيز عبدالله البريثن .
- الطبعة العربية الأولى : الإصدار الثاني 2011 .
- الاخراج الداخلي وتصميم الغلاف : **دائرة الإنتاج / دار الشروق للنشر والتوزيع.**



دار الشروق للنشر والتوزيع
هاتف : 4618190 / 4618191 / 4624321 فاكس : 4610065
ص.ب : 926463 الرمز البريدي : 11118 عمان - الاردن
Email : shorokjo@nol.com.jo

دار الشروق للنشر والتوزيع
رام الله - المصيون : نهاية شارع مستشفى رام الله
هاتف 2975632 - 2991614 - 2975633 فاكس 02/2965319
Email : shorokpr@palnet.com

المحتويات

الفصل الثالث: العلاج الأسري

الفصل الرابع: العلاج العقلي السلوكي الوجداني

الفصل الخامس: العلاج الواقعي

الفصل السادس: الاتجاه الوجودي

الفصل السابع: الاتجاه النفسي الاجتماعي

الفصل الثامن: مقاييس في الإرشاد الأسري



تقديم

يعتبر الإرشاد الأسري من التخصصات الدقيقة، حيث أخذ اهتماماً كبيراً على مستوى العالم، منذ النصف الثاني من القرن العشرين. والملفت للنظر أن الإرشاد الأسري يرتبط بأكثر من تخصص علمي، إذ يهتم به المتخصصون في الخدمة الاجتماعية والطب النفسي وعلم النفس، ولعل هذا ما ساهم في تسريع حركة تطوره كشكل من أشكال التوجيه والإرشاد؛ إلاّ أننا لا نستطيع أن نعمم هذه الفكرة على كافة المجتمعات، ففي الوقت الذي يتقدم فيه الإرشاد الأسري في الولايات المتحدة الأمريكية بشكل مضطرد، نجد شيئاً من العشوائية في ممارسة هذا التخصص لدى بعض الدول العربية، حيث نجده يمارس على يد متخصصين في أي فرع من فروع العلوم الاجتماعية أو العلوم الشرعية؛ وهو ما يثير حفيظة

الغيورين على التخصصات العلمية ، وكذلك المهتمين بحقوق الإنسان لارتباط الموضوع بكرامة الأسرة ورفض فكرة التجريب على الإنسان ، والتلاعب بمشاعر الناس وأحاسيسهم .

لقد ساهمت تطورات الحياة ، والكوارث الطبيعية ، وكثافة السكان في إحداث تعقيدات في الحياة ، ثم في زعزعت الأسرة بشكل أو بآخر ، حتى اتسمت أسر العصر الحديث بالتفكك مقارنة بالعصور الماضية ، مما أحدث مشكلات لم تكن تعرف عند المجتمعات القديمة ، كما تفشت مشكلات نفسية واجتماعية حاولت بعض المجتمعات المحافظة إخفاءها أو التقليل من خطورتها . كل هذا وغيره جعل الحاجة ماسة إلى الشجاعة في الاعتراف بالواقع ومواجهته ، وفي الوقت نفسه يؤكد على الحاجة الملحة إلى مراكز وخدمات الإرشاد الأسري . فالأسرة هي نواة المجتمع الأولى ، وهي البوتقة التي ينشأ ويتربى فيها أفراد المجتمع وقادته ، فإذا لم تمنح هذه النواة الرعاية والاهتمام اللازم فكيف سيكون مصير جيل المستقبل من أبناء وبنات المجتمع .

ولو حاولنا الابتعاد عن بريق الغرب ، فإننا سنجد أنفسنا مضطرين إلى ربط السياق ، ونقل التجارب ، ومحاولة الاحتكاك ، وإلاّ فإننا سنتخلف عن الركب . لذا حاولنا في ظل الظروف الراهنة التي لمسنا فيها شيئاً من الشح في المؤلفات العربية حول الإرشاد الأسري ، وتحت ظل الإمكانات المتاحة أن ننقل بعضاً من جوانب هذا التخصص الدقيق وآليات تطبيقه أملاً في إثراء المكتبة العربية من جانب ، وتطوير ممارسة الإرشاد الأسري من جانب آخر .

لا أدعي بأن هذا هو الطموح ، ولكن أستطيع القول بأنه خلاصة جهد بدأ وسيستمر سعياً للتطوير ، ودفعاً لعجلة التقدم . وبالتأكيد ستشكل خبرات التطبيق من لدن المتخصصين ، وآراء المختصين حول هذا العمل المبدئي عاملاً قوياً في تفادي القصور ، وتقديم الأفضل . والله ولي التوفيق .

المؤلف

1

الفصل الأول

مقدمة حول الإرشاد الأسري

- مدخل .
- متطلبات شخصية .
- متطلبات معرفية .
- متطلبات أخلاقية .
- تعليق ختامي .

"لا يوجد من بيننا من حقق ذاته بشكل كامل ، وبيت القصيد إذن أننا لابد أن نجاهد لأن نصبح أكثر التصاقاً بقدراتنا" Gerald Corey (1974)

مدخل

الإرشاد الأسري هو عملية مساعدة مدروسة يقدمها مرشد أسري متخصص في استخدام أسس الإرشاد وتقنياته ، لمساعدة الأفراد والأسر في شكل إنفرادي أو جماعي ، لحل المشكلات وتحقيق الاستقرار والتوافق والتكيف الأسري . ومن هذا التعريف يتضح أن الإرشاد الأسري ليس مجرد إعطاء نصائح لحل مشكلة ما ، بل هو أسلوب علمي يسير وفق أهداف وخطط مرسومة ومحددة لتخليص الفرد والأسرة من المتاعب والمشاكل التي يعيشونها ، مع تكوين اتجاهات عقلية محضة تساعدهم على التخلص من الاتجاهات الانفعالية التي تعوق تفكيرهم أو تمكنهم للحد منها (Tyler, 1969) ، لذا ليس من الأخلاقيات أن يهب كل من شاء لممارسة الإرشاد الأسري ، ما يؤكد على مسؤولية المجتمعات ومؤسساتها الرسمية في وضع الحدود والقيود ، ورسم سياسة لممارسة الإرشاد الأسري توضح الضوابط الأكاديمية ، والضوابط النظامية ، والضوابط الأخلاقية لتطبيقه وممارسته في المجتمع .

والواقع أن هناك أهدافاً كثيرة لممارسة الإرشاد الأسري بحيث تختلف حسب طبيعة المشكلة أو الموقف ، وطبيعة المجتمع الذي تمارس فيه ، إلاّ أن غالبية أهداف الإرشاد الأسري تدور حول النقاط التالية :

1 - المحافظة على الصحة النفسية للأسرة وأعضائها .

2 - إحداث تغييرات إيجابية في الأفكار والمعتقدات والسلوكيات الخاطئة لدى أعضاء الأسرة .

3 - مساعدة الأسرة وأعضائها على حل المشكلات واتخاذ القرارات وتحقيق الوعي في التعامل الأمثل مع ضغوطات الحياة المختلفة .

4 - تحقيق الذات مع تكوين مفهوم إيجابي عن الذات لدى أعضاء الأسرة ، ثم تكوين اتحاد ذاتي للأسرة ككيان واحد مترابط .

5 - تنمية التواصل والتفاعل الإيجابي بين أعضاء الأسرة وتحقيق التكيف الاجتماعي للأسرة ككل .

أما ما يتعلق بالمهام التي يؤديها المرشد الأسري فمن الصعب حصرها ، وذلك لتعددها من جانب وتنوعاها من جانب آخر . على سبيل المثال هناك أعمال ومهام إدارية بحتة ، كما أن هناك أعمالاً ومهام مهنية يؤديها المرشد الأسري كجزء من عمله وممارسته المهنية المتخصصة ، والتي منها عقد الجلسات الفردية والجماعية ، وجمع المعلومات من أعضاء الأسرة ، وتطبيق المقاييس والاختبارات ، وصياغة الأهداف ، ووضع الخطط العلاجية ، وتوثيق الجلسات ، وتقويم خطوات العمل والمهام الموكلة لأعضاء الأسرة .

وهناك الكثير من النماذج النظرية التي يمكن أن يطلع عليها المرشد الأسري لكي يكون مستعداً لممارسة الإرشاد الأسري ، ولكن يظل جانب الشخصية من أهم جوانب عملية المساعدة ، فقد يكون المرشد متمكناً من الجوانب النظرية إلاّ أنه غير كفؤ كمرشد وكمعالج أسري . فالرغبة الذاتية في العمل الإرشادي ، والانفتاح على الآخرين وتقبلهم وحب التغيير إلى الأفضل من الركائز التي يجب أن يتحلى بها المرشد الأسري ، بحيث يكون معالجاً لذاته في المقام الأول ، ثم معالجاً للآخرين (العملاء) في المقام الثاني . كما لا يغيب عن البال أحد الجوانب المهمة في عملية الإرشاد الذي هو مهارات الممارسة ، مع التأكيد على أن المهارات أيضاً ترتبط ارتباطاً كبيراً بالشخصية ، فالمرشد الأسري المحب لعمله والمتعهد لنفسه بأن يسير في اتجاه النمو والتطور يمكنه أن يكتسب المهارات التقنية من الممارسة الواعية ، والاطلاع المستمر ومتابعة الجديد مع ممارسة النقد البناء .

وتعتبر الأسرة من أقوى الجماعات تأثيراً في تكوين شخصية الفرد وتوجيه سلوكه ، إلاّ أن هذا التأثير قد يكون إيجابياً أو سلبياً ، فالتفاعل الأسري ، والخبرات الفردية داخل الأسرة عوامل قوية في تشكيل شخصية الإنسان . ويتكون البناء الأسري من تركيبات داخلية تتمثل في الوالدين وأعضاء الأسرة الآخرين ، ودور ووظيفة كل فرد من أفراد الأسرة . هذه الأدوار والوظائف تشكل عوامل داخلية تؤثر في الأعضاء وتتأثر بهم من خلال التفاعل والتواصل . وهذا في مجملة يؤكد على أهمية الجانب الثقافي للمرشد الأسري ، فالإلمام بالجوانب النظرية ، ووجود الاستعداد الشخصي مطالب مهمة ، ولكن يجب ألا نغفل إدراك المرشد الأسري لثقافة المجتمع الذي يمارس فيه ،

والذي يترتب عليه قوة التواصل بينه وبين الأسرة وأعضائها والذي من خلاله يمكن تحقيق ممارسة فعالة .

ولكل مهنة مجموعة مبادئ ونظم أخلاقية ، وبما أن الإرشاد الأسري من المهن المتخصصة ، فقد سعت ومنذ وقت مبكر جمعيات الإرشاد وغيرها من الجمعيات ذات العلاقة إلى صياغة مجموعة إرشادات أخلاقية تكفل العدالة والكرامة للأسر والعملاء ، كما تؤكد على المسؤولية الأخلاقية تجاه الأسر والجماعات والمجتمعات . وتثار اليوم الكثير من الموضوعات الحساسة التي يجب أن تحظى بالاهتمام ، وأن تمنح اعتباراً خاصاً من لدن المرشدين الأسريين كقضايا حقوق الإنسان ، وحفظ أسرار الناس ، وعدم التمييز العنصري ، والبعد عن إساءة الأطفال والمسنين والقصر ، و تحقيق العدالة الاجتماعية ، وغيرها من القضايا المهمة المتصلة بالجانب الأخلاقية من مهمة الإرشاد الأسري (Woody and Woody, 2001; Peterson, 1989) .

من العرض السابق يتضح أن جانب شخصية المرشد الأسري ، والجوانب المعرفية التي يجب أن يلم بها ، ثم الجوانب الأخلاقية التي يفترض أن يراعيها عند الممارسة من أساسيات إعداد المرشد الأسري . لذا سيتم تناول هذه المتطلبات الثلاث (المتطلبات الشخصية والمتطلبات المعرفية والمتطلبات الأخلاقية) بشكل منفرد ومفصّل خلال الصفحات القادمة .

متطلبات شخصية

تمثل العلاقة المهنية بين المرشد والأسرة أساس عملية المساعدة ، ومن خلال العلاقة تنتهي عملية المساعدة عادة بواحد من ثلاث نتائج تحصل للأسرة : أ) تحسن في حالة الأسرة ، ب) سوء في الوضع الأسري ، ج) استقرار الوضع . وترتبط هذه النتائج الثلاث بعوامل عدة منها طبيعة العلاج المقدم ومدى تناسبه مع مشكلة الأسرة ، وكفاءة المرشد في تطبيق وممارسة العلاج ، ورغبة وتعاون الأسرة ، وغيرها من العوامل الأخرى مثل أصالة المرشد التي تشكل عاملاً مهماً في تحسين حالة الأسرة ، وتحقيق نموها الإيجابي . ومن الأمور التي تحبس وتقيد نمو الأسرة خلال العملية الإرشادية التزام المرشد بدور محدد وأداء العمل بأسلوب ميكانيكي ، فمشاعر واعتقادات المعالج يفترض تقاسم استجاباتها مع الأسرة من خلال العلاقة المهنية ،

التي يظهر المرشد الأسري من خلالها الأصالة authenticity كمصدر من مصادر التعلم الشخصي للأسرة وأعضاءها (Corey et al., 2006) .

والمرشد الأسري المتمكن هو الذي يمتلك حساً إبداعياً في التأثير على الآخرين ، من خلال توليف عدد كاف ومتناسق من الجمل اللفظية وغير اللفظية ، للتواصل مع الذات ومع الآخرين ، بما يتناسق مع ثقافة المجتمع ، ثم تكون لديه مهارة في صياغة الخطط ، وفنيات تطبيقها ، مسخراً ومستخدماً الإمكانيات الموجودة والمتاحة في المجتمع (Ivey et al., 1986) .

يتساءل الكثير من المرشدين الأسريين عن الكيفية التي يكون عليها المرشد الناجح؟ والإجابة على هذا التساؤل تأخذ حيزاً كبيراً من الكلام ، إلاّ أن إيجازه وتبسيطه يكمن في أن المرشد الأسري الناجح هو الذي لا يكون مصدر ضرر للأسرة ، والكثير ممن كتبوا في مجال الإرشاد عموماً يضعون قوائم طويلة من المتطلبات الواجب توافرها في المرشد ، إلاّ أن الواقع يؤكد أنه لا يوجد مرشد أو معالج كامل أو يتصف بجميع الخصائص المطلوب توفرها ، ليبقى الحديث حول من هو المرشد الأسري المتفتح للعمل الإرشادي ، ويرغب في تطوير ذاته وتحسين حالة الأسر والعملاء (Corey et al., 2006) . وفي هذا الصدد يقدم "كوري" (Corey, 2001) قائمة استقرءها من خلال ممارسته الشخصية للإرشاد على مدى أكثر من ثلاثين عاماً ، هذه القائمة تحتوي على النقاط التالية :

1 - **امتلاك الهوية الذاتية** : بمعنى أن يمارس المرشد العمل بطريقته الخاصة التي تعكس شخصيته وفلسفته الخاصة في الحياة بعيداً عن التطابقية ، وربما يستعير -مع شيء من الحرية- بعض أفكار وأساليب معالجين آخرين .
2 - **احترام الذات** : بمعنى أن يكون المرشد محترماً ومقدراً لذاته ، بحيث يكون قادراً على تقديم العون للآخرين ، وقادراً على تلقي العون منهم فلا يعزل نفسه عن الآخرين كعرض من القوة الخادعة .
3 - **إدراك وامتلاك القوة الذاتية** : أي أن يكون ذا قوة وعزيمة مع أدراك وتقبل هذه الخصلة ، حيث يحمل شعوراً جيداً نحو نفسه خلال تعامله مع الآخرين ، متجنباً الإساءة في استخدام صفة القوة ، فلا ينكر وجود الآخرين

وطاقاتهم بحيث لا يشجع الآخرين لأن يقفوا ضعفاء ليشعر هو بالقوة من خلال ضعف الآخرين واعتمادهم عليه .

4 - **الانفتاح للتغيير** : بمعنى أن يكون منفتحاً للتغيير بحيث تكون لديه معرفة بنفسه ولديه رغبة في المجازفة والتعرف عليها أكثر . هذه الصفة ستساعده لكي يصبح أكثر ثقة تجاه المحاولة وتجريب الجديد والانتفاع منه .

5 - **الحرية في اختيار طريقة العيش** : أي أن يكون واعياً بالقرارات المبكرة حول النفس والآخرين والحياة ، والإدراك بأنه ليس ضحية لهذا القرارات وإنما يمكن تعديلها أو تغييرها متى كان ذلك ضرورياً .

6 - **الشعور بالوجود المبني على الاختيار** : بمعنى أن يؤمن بالعيش والاشتراك في الحياة ، وأن يتعهد بأن يعيش الحياة بدلاً من الجلوس لمجرد العيش فقط .

7 - **الأصالة والصدق والإخلاص** : أي أن يعيش حقيقياً genuine بما يفكر وبما يشعر بعيداً عن التظاهر أو التخفي وراء قناع أو وسيلة دفاعية أو أسلوب كاذب .

8 - **امتلاك قدر من المرح والحس الفكاهي** : بحيث يكون قادراً على صنع الفكاهة من الأحداث وخصوصاً ما يتعلق بجوانب التناقض أو القصور لديه ، ويعرف كيف يضحك .

9 - **الاعتراف بالأخطاء حينما تقع** : فلا يغفل أخطاءه كما لا يحمل نفسه عقدة الذنب والعيش في تعاسة نتيجة ما فعل وما يجب أن يفعل ، بل يتعلم من أخطائه .

10 - **العيش في اللحظة الراهنة** : فلا يحمل نفسه هموم المستقبل أو جراح الماضي ، بل يعيش اللحظة تواقاً لتجريب الجديد والعيش في الحاضر بوعي خالص مع النفس ومع الآخرين .

11 - **تقدير تأثير الثقافة** : بمعنى أن يدرك أثر الثقافة على شخصيته فيقدر تنوع القيم الناتج عن اختلاف الثقافات بما تحمله من اختلافات في الطبقات الاجتماعية والعرق والجنس .

12 - **الإخلاص في رعاية مصالح الآخرين**: بمعنى أن يعطي اهتماماً واعتباراً للآخرين قائماً على الاحترام والتقدير والمحبة.

13 - **الإخلاص والانهماك في العمل**: بحيث يحب عمله ومشاريعه الإبداعية فيقبل المكافأة من الآخرين، كما لا يعتمد بصورة كاملة على عمله لملء حياته، إذ يكون لديه مجالات أخرى في الحياة تزوده بإحساس الإشباع وإعطاء معنى للحياة.

14 - **المحافظة على التوازن والاستقرار النفسي**: فعلى الرغم من النضال من أجل مساعدة الآخرين إلاّ أن المرشد لا يحمل هموم ومشكلات عملائه خارج ساعات العمل، وهو ما يخلق توازناً واتساقاً في حياة المرشد الخاصة.

متطلبات معرفية

يعتمد المطلب المعرفي للمرشد الأسري على المكونات النظرية التي تستلزمها ممارسة الإرشاد، فالمكونات النظرية لا تقدم بشكل جامد static بل يفترض أن ترتبط بالتطبيق، بحيث يتبعها تدريب عملي تحت إشراف مؤهل ووفق خطة مرسومة. وعلى هذا يمكن تقسيم المتطلبات المعرفية إلى قسمين أساسيين هما الإعداد النظري والتدريب العملي.

أ) الإعداد النظري:

بما أنه لا يوجد تخصص جامعي -على مستوى البكالوريوس على الأقل- في مجال الإرشاد الأسري ما قد يدعو إلى طرح التساؤل التالي: ما هي المعارف التي يحتاجها الممارس لكي يكون متخصصاً في الإرشاد الأسري؟ ولأن التساؤل المطروح ارتبط بالمعارف المطلوبة للممارسة والتي يحتاجها المرشد الأسري، فإنه يفضل تقسيم المعارف إلى مباشرة وغير مباشرة.

المعارف المباشرة هي التي تتصل بظروف الأسر والمشكلات النفسية والاجتماعية (كالطلاق، والإدمان، وانحراف الأحداث، والعنف العائلي، والانحرافات السلوكية، والمشكلات التعليمية، والانتحار وغيرها). ولكون الأسرة

بؤرة العملية الإرشادية فلابد من الإلمام بظروف الأسر في المجتمع، والتغيرات الاجتماعية التي أثّرت وتؤثر فيها. كما أن هناك معارف خاصة بالأمراض النفسية (كالاكتئاب، والقلق وغيرها من الأمراض التي تسببها ضغوطات الحياة) التي يحتاج المرشد الأسري إلى معرفة خصائصها وسبل تشخيصها. وبما أن الحديث عن المعارف المباشرة فلابد من ذكر تلك المعارف المتصلة بمناهج وأساليب الدراسة والتحليل، ونظريات الشخصية، ونظريات الاتصال، وخصائص النمو، ونظريات الأسرة وأساليب ووسائل التفاعل بين أعضاء الأسرة. إضافة إلى ذلك كله يحتاج الممارس للإرشاد الأسري إلى معارف ذات علاقة بعملية إحداث التغيير المتعلقة بنظريات الإرشاد وأساليب وتقنيات التدخل المهني. وفيما يتعلق بإحداث التغيير هناك أيضاً معارف تتعلق بكيفية التخطيط لإحداث التغيير، وأساليب القياس والتقويم (Nystul, 2005).

وبجانب المعارف المباشرة هناك المعارف غير المباشرة، مثل المعارف التي تُعّرف وتوضح المنظمات الموجودة في المجتمع، والخدمات المتخصصة في مجال الصحة النفسية، بجانب خصائص المجتمع الذي يمارس فيه الإرشاد الأسري "الجانب الثقافي للمجتمع".

ب) التدريب العملي:

يعتبر التدريب العملي field instruction جزءاً لا يتجزأ من العملية التعليمية، إذ يهدف إلى تطبيق النظريات العلمية التي تعلمها المرشد الأسري نظرياً، ثم اكتساب فن تطبيقها "المهارات العملية". هذا يؤكد على أن هناك معارف لا يمكن أن تكتسب إلاّ عن طريق التدريب العملي، وهو ما يتعلق بالملاحظة والبحث ثم ممارسة العمليات الذهنية من تفكير وتحليل وربط، إضافة إلى المعارف المباشرة حول الأسر وأوضاعها كمعارف عملية وتطبيقية empirical knowledge. كما أن هناك معارف غير مباشرة يمكن أن يكتسبها المرشد الأسري أثناء التدريب العملي، لعل من أهمها الإدراك المهني الذي يعين المرشد على فهم واستبصار تأثير المشكلات على الأسرة وأعضائها، إضافة إلى اكتساب القدرات الفكرية والمهارات العملية التي تمكنهم من تحقيق التكامل بين المعارف النظرية وسبل توظيفها خلال العملية الإرشادية مع الأسر.

وهناك الكثير من مهارات الممارسة التي يمكن أن يكتسبها المرشد الأسري خلال مراحل التدريب العملي ، لعل من أهمها مهارات بناء العلاقة المهنية المتخصصة ، ومهارات الحضور والتواصل اللفظي وغير اللفظي ، ومهارات الملاحظة ، ومهارات الاستماع والإنصات ، والمهارة في توجيه الأسئلة وطلب المعلومات ، ومهارات التعامل المباشر مع الأسر والأعضاء (مثل : التشجيع ، والتحفيز ، وإعادة الصياغة والتلخيص ، والإيحاء ، والتعاطف ، وتقديم النصح ، والمواجهة وغيرها) ، والمهارة في التخطيط وبناء وإدارة الجلسات الإرشادية ، والمهارة في التشخيص واستخدام المقاييس وتفسيرها ، وكذلك المهارة في توظيف المعارف النظرية والوصول من خلالها إلى أفضل النتائج بأقل جهد . كما تشكل المهارة في استخدام الذات بطريقة واعية تقنية مهمة تساعد الأسرة وأعضائها على حل مشكلاتهم واستثمار إمكانياتهم .

أما ما يخص الإشراف فهو على جانب كبير من الأهمية ، ولكنه يرتبط أكثر بكفاءة المشرف وأهليته . فالمشرف ذو الخبرة الطويلة في مجال الإرشاد وفي مجال الإرشاد الأسري تحديداً سيساعد المتدربين على تحقيق النمو المهني وتعليمهم وتوجيههم نحو الاستفادة من الملاحظات ومن عائد التطبيق الذي قاموا به مع الأسر . كما لا يغيب عن البال مهارة المشرف في الملاحظة وتقديم الملاحظات للمتدربين ، والتي ينطوي عليها استخدام الوسائل التقنية الميسرة لعرض وتحقيق استفادة المتدربين من التغذية الراجعة feedback التي تعتبر ممن ركائز العملية الإشرافية . ولأن الإشراف المتخصص يلعب دوراً مهماً في إكساب مهارت التدريب العملي ، فإن له متطلبات وأنشطة خاصة ، صاغتها "ويلسون" (Wilson, 1986) في شكل متسلسل ، ليقوم المشرف بتكليف المتدرب بها حسب التسلسل الموضوع ، حيث يتدرج من البسيط إلى الأكثر عمقاً ، وهي :

1. تكليف المتدرب بقراءات تخدم أهداف التدريب العملي الموضوعة سلفاً .
2. الاستماع إلى شروح وتوضيحات من قبل المتخصصين في مجالات التدريب .
3. تكليف المتدرب بملاحظة المشرف ، أو العاملين الآخرين أثناء القيام بالعمل ، ثم مناقشته حول ملاحظاته .
4. تكليف المتدرب بالقيام بخدمات بسيطة يؤديها بنفسه .

5- إشراك المتدرب في قيادة أنشطة مهنية محددة .

6- جعل المتدرب يؤدي الممارسة أو العمل بنفسه .

7- جعل المتدرب يؤدي ممارسات بنفسه مع وجود آخرين يلاحظون ممارسته .

8- جعل المتدرب يؤدي ممارسات بنفسه ثم يقوم (المتدرب) بتقويم ممارسته .

متطلبات أخلاقية

في هذا القسم سنتناول موضوع العلاقة بين المرشد والأسرة من الناحية الأخلاقية ، حيث تشير المواثيق العالمية إلى جوانب وحدود أخلاقية مهمة يجب أن تؤخذ في الحسبان بحيث يُتقيد ويلتزم بها أثناء الممارسة والعمل مع الأسر . وفي هذا الخصوص تضع الجمعية الأمريكية للعلاج الأسري والزواجي (AAMFT, 2001) ميثاقاً أخلاقياً يرسم الحدود الأخلاقية للعاملين مع الأزواج والأسر يتمثل في النقاط التالي : التقبل والاحترام ، سرية المعلومات ، وضع الأولوية لمصلحة الأسرة ، تقرير المصير ، قبول الخدمة ، الوعي الثقافي ، الكفاءة ، العلاقات الجنسية ، إيقاف الخدمات أو إنهائها .

أ) التقبل والاحترام:

1- على المرشد الأسري تقبل واحترام جميع أعضاء الأسرة بشكل لائق ، وعدم استخدام أي لغة تحقيرية أو تهكمية خلال المحادثة والتعامل .

2- في الحالات التي يتعين فيها دفع مقابل ماذي للخدمات المقدمة -كالممارسة في العيادات الخاصة- على المرشد الأسري التأكد من أن الدفع يتناسب مع الخدمة ، ومع قدرات العملاء المادية ، وفقاً للوضع الاقتصادي في المجتمع دونما استغلال .

3- على المرشد الأسري عدم قبول الهدايا أو المنح من الأسر ، تحت أي مسمى لأن ذلك سيعمل على تحطيم حدود العلاقة المهنية بين المرشد والأسرة .

4- مع حالات القصّر أو غير القادرين على صنع القرار الذاتي ، على المرشد الأسري أن يتحرى الأمانة والواقعية عند اتخاذ القرار نيابة عنهم ، واضعاً مصلحتهم وحقوقهم الخاصة في المقدمة .

ب) سرية المعلومات:

1- لابد من احترام حقوق الأسر في المحافظة على معلوماتهم الخاصة. المعلومات الخاصة والسرية يجب ألاّ تطلب، إلاّ من أجل مهمة الإرشاد وفيما يخدم جانب الأسرة، وبالتالي يجب صيانتها والمحافظة عليها.

2- لا يمكن إشاعة أي معلومة سرية تخص الأسرة، إلاّ بعد أخذ الموافقة الرسمية منها بذلك.

3- يجب المحافظة على جميع المعلومات المحصول عليها من الأسرة والمحافظة على سريتها. ويستثنى من ذلك أوضاع مثل تقويم الممارسة المهنية، أو البحث العلمي، التي من المفترض ألاّ تشير إلى ذات الأسرة. كذلك يستثنى من ذلك حالات يشكل كتم المعلومات فيها خطراً على أحد أعضاء الأسرة أو شخص آخر، حيث يكون على المرشد إظهار الحد الأدنى من المعلومات والذي يسمح بإزالة الخطر مع إحاطة وإعلام الأسرة أو العضو المعني.

4- لابد من إحاطة جميع الأطراف بضرورة التوقيع على تعهد المحافظة على سرية المعلومات، التي ستتداول أثناء الجلسات، مع التنويه إلى أن المرشد لا يمكنه ضمان التزام الجميع بذلك الميثاق.

5- يجب على المرشد ألاّ يتناقش مع أعضاء الأسرة حول أوضاعهم خارج مكان العمل أو المؤسسة، أو حتى الأماكن العامة داخل المؤسسة، كالطرقات وصالات الانتظار وما شابهها. كما يجب أن تتوفر في المكاتب السرية التامة.

6- في حالات طلب معلومات بشكل رسمي من قبل دوائر الشرطة أو المحاكم، على المرشد الأسري إخطار الجهات الرسمية بأن المعلومات المطلوبة تعتبر سرية، وتقديمها يعني انتهاك لأحد حقوق الأسرة، وإن كان لابد من تقديمها فلابد من تقديم الحد المطلوب فقط، مع صياغة طريقة آمنة تحفظ البيانات من الشيوع أو التداول العام.

7- على المرشد الأسري التأكد من أن سجلات الأسر تحفظ في مكان آمن وسري، بحيث لا تكون متاحة للآخرين كالعاملين الإداريين وغيرهم من الفنيين.

8- على المرشد الأسري التأكد من أمان وسرية الأدوات والوسائل المستخدمة، كالكمبيوتر والهاتف والفاكس وما شابهها.

9- على المرشد الأسري تجنب استخدام المعلومات المعرفة بالأسر والعملاء، أثناء تقديم محاضرات أو مناقشات تدريبية أو إعلامية.

10- على المرشد الأسري ألاّ يقدم معلومات معرفة بالأسرة أو بأحد أعضاءها، حتى ولو كان ذلك مع مستشارين أو متخصصين آخرين، إلاّ بعد أخذ موافقة الأسرة وأعضاءها.

11- للأسر الحق في الإطلاع على سجلاتهم الخاصة في الحالات التي يتوفر فيها سبب

منطقي لذلك، كحالات التذمر من الخدمات المقدمة، أو الحالات التي تقدم فيها الأسرة عريضة شكوى؛ إذ في مثل هذه الحالات تكون لجنة محايدة تشرف وتضمن كفاءة الأسرة لفهم ما ستطلع عليه، كما تضمن عدم إطّلاعها على معلومات سرية تخص آخرين ربما تكون مدونة في السجلات.

ج) وضع الأولوية لمصلحة الأسرة:

1- تقديم مصلحة الأسرة ووضعها في المقام الأفضل والمتقدم على أي مصلحة أخرى، مع مراعاة عدم الإضرار بمصالح الآخرين.

2- حماية حقوق ومصالح الأسر أو الأعضاء غير القادرة أو غير المؤهلة لاتخاذ القرار، وكل من هم في حاجة إلى اتخاذ قرار نيابة عنهم، وبما يخدم مصلحتهم.

3- يجب تجنب المواقف التي تتعارض فيها مصالح الأسرة مع مصالح أخرى. كما يجب إحاطة الأسر حينما تكون هناك احتمالية وقوع تضارب في المصالح، ثم اتخاذ ما يلزم لتجنيب المواقف من التضارب، مع وضع مصلحة الأسرة في الأولوية.

4- ليس من حق المرشد أن يجني أي منفعة جراء عمله المهني، أو علاقته المهنية، أو حتى تحقيق أي استغلال شخصي، أو ديني، أو سياسي، أو تجاري من الأسر وأعضائها.

5- تجنب العلاقات المهنية المتعددة أو المزدوجة التي تكون فيها فرص الاستغلال كبيرة الاحتمال أو غير مأمونة، مع اتخاذ الخطوات اللازمة لحماية الأسر وحقوقهم وحماية حدود المهنة، وصيانة أهدافها النبيلة.

6- لابد من إيضاح من هو المستفيد، وما هو دور وواجب مهمة الإرشاد الأسري.

7- في حالات العمل مع حالات الخلافات العائلية لابد من إدراك نقطة تعارض المصالح بين أفراد العائلة، إذ على المرشد أن يسعى إلى توضيح ذلك لدى أعضاء الأسرة، ثم السعي الحثيث نحو تقليل تضارب المصالح.

د) تقرير المصير:

1- تعزيز تقرير المصير والحكم الذاتي للأسر، بما يمكنهم من اتخاذ قراراتهم الذاتية بفاعلية واستقلالية.

2- مناقشة الأسر حول حقوقهم ومسؤولياتهم مع تزويدهم بمعلومات صادقة ودقيقة فيما يتعلق بـ:

- طبيعة الخدمات التي يمكن أن تقدم.
- البيانات والمعلومات المدونة ومدى سريتها ومن له الحق في الإطلاع عليها.
- طبيعة الخيارات المتاحة والممكنة أمامهم وامتيازاتها.
- المخاطر المحتملة جرّاء اتخاذ إجراءات أو تصرفات معينة.
- الحق في انتهاج خيار آخر أو رفض خدمة معينة خصوصاً في الأوضاع والحالات الاعتيادية.
- الحق في الإطلاع على البيانات الذاتية الخاصة وانتهاج دعاوى التذمر أو حتى سبل الشكوى.

3- تقليل موانع حق تقرير المصير مع الأسر والأعضاء غير القادرين على اتخاذ قراراتهم الذاتية، كالمعوقين والاعتماديين وذوي الشخصيات مفرطة الحساسية.

4- محاولة تقليل استخدام أي عمل أو قرار قسري، وإن كان لابد فيوضح دواعي ذلك وتبريراته القانونية والأخلاقية والمهنية أو التخصصية؛ وأي عمل من

هذا النوع يجب ألاّ يتخذ إلاّ بعد دراسة مستوفاة وتقديم شامل للموقف وتبعاته، مع السعي لإشراك أعضاء الأسرة ومتخصصين آخرين.

هـ) قبول الخدمة:

1- عرض الخدمة بشكل واضح وصريح أمام الأسرة، مع وضع حدود العمل المهني، ثم توضيح الغرض والغاية من الخدمة، وجوانب الخطر، ومحدودية الخدمة وضوابطها، والخيارات المتاحة، وحق أعضاء الأسرة في رفض الخدمة أو سحب القبول، والوقت المحدد لذلك، مع إتاحة الفرصة للأسر للاستيضاح وطرح التساؤلات.

2- مع حالات القصر والأميين والعاجزين عن فهم اللغة المعتادة، لابد من استخدام وسائل وأساليب بديلة تترجم النقاط السابقة ومحتوياتها.

3- مع حالات العجز الكامل عن فهم أغراض الخدمة وإعطاء قبولها، يمكن اللجوء إلى طرف ثالث يضمن حق عضو الأسرة ويرعى مصالحه، من خلال فهم الخدمة المطلوبة ومنح قبولها نيابة عن عضو الأسرة.

4- في حالات تقديم الخدمات بالوسائل الإلكترونية كالكمبيوتر والهاتف والدوائر التلفزيونية والإذاعة، لابد من الإيضاح للمتلقي أو المستفيد بمحدودية الخدمة ومخاطرها.

5- أخذ موافقة الأسرة عند الحاجة إلى تسجيل الجلسة بجهاز الفيديو أو الكاسيت، وكذلك عند الحاجة إلى وجود شخص ثالث، سواء أكان متخصصاً أم متدرباً أم باحثاً.

و) الوعي الثقافي:

1- فهم ومراعاة الثقافة وتأثيرها في سلوك الإنسان وتركيبة المجتمع، ومراعاة ذلك أثناء الإرشاد في المجتمعات متعددة الثقافات، مع إعطاء اهتمام خاص للحساسية الثقافية، للأفراد والأسر والجماعات داخل المجتمع.

2- فهم ومراعاة التنوع والاختلاف الاجتماعي، مع احترام السلالات والعرقيات والجنسيات والألوان والأعمار والطبقات البشرية، والنوع الجنسي، وكذلك المعتقدات السياسية والدينية، واحترام العجز العقلي والجسمي لأعضاء الأسر.

3- التعامل مع الأسر في حدود اللغة والتصرفات، التي تقرها ثقافة الأسرة، بشكل واضح ومقبول.

4- مراعاة التعدد الثقافي والحساسية الثقافية عند وضع الأنظمة التربوية والإدارية، وسن السياسات الاجتماعية.

ز) الكفاءة:

1- تقديم خدمة الإرشاد الأسري بشكل مهني مع إظهار الكفاءة المهنية، وإبراز الحقيقة الصادقة للمستويات العلمية والتدريبية، والتأهيل والترخيص الوظيفي، والخبرة العلمية، وما يتعلق بذلك من مؤهلات.

2- تجنب الممارسة باستخدام نظريات أو نماذج أو تقنيات علاجية جديدة، إلاّ بعد تلقي الدراسة والتدريب اللازم، وتحت إشراف وإرشاد متخصصين أكفاء في ذلك المجال أو في تلك التقنية.

3- في الحالات التي قد يبدو فيها غياب جانب أخلاقي أثناء العمل، لابد من إعادة النظر ثم التأمل والتثبت من إعطاء الجانب الأخلاقي حقه، بما يحمي الأسرة من أي ضرر.

ح) العلاقات الجنسية:

1- على المرشد الأسري ألاّ يدخل في علاقة جنسية مشروعة أو غير مشروعة مع أي عضو من أعضاء الأسرة وتحت أي ظرف من الظروف، سواء أكان ذلك خلال جلسات العمل أو حتى بعد إنهاء العلاقة المهنية، وسواء أكانت العلاقة قسرية أم تقايضية أو ودية أم حتى مجاملة وملاطفة.

2- على المرشد الأسري تجنب أي علاقة جنسية مع أي شخص ذي علاقة بالأسرة التي يعمل معها لقطع الطريق أمام أي استغلال أو إساءة للأسرة أو للعلاقة المهنية.

3- على المرشد الأسري رفض البدء في أي تعامل مهني مع أي شخص سبق أن كان بينهما وصال جنسي أو علاقة حميمة، لأن ذلك سيؤثر على حدود العلاقة المهنية وضوابط الممارسة.

4- على المرشد الأسري تجنب أي اتصال بدني مع أعضاء الأسرة يمكن تفسيره تفسيراً جنسياً ، أو حتى حينما يكون لذلك تأثيراً نفسياً سالباً بسبب طبيعة الاتصال أو الطبيعة أو الحساسية الثقافية .

5- على الممارس المهني تجنب مضايقة أعضاء الأسر جنسياً وبأي طريقة ، سواء كانت كلامية أو حتى المعاكسة بالنظر .

ط) إيقاف الخدمات أو إنهاؤها :

1 - التأكد من إيقاف الخدمات في المواقف التي يجب أن توقف فيها أو التحويل أو ما شابه ذلك .

2- إنهاء تقديم الخدمات بشكل نظامي في المواقف ومع الحالات التي يفترض أن تتوقف معها الخدمات ، سواء أكان توقفاً مؤقتاً أم دائماً ، مع إحاطة الأسرة بوقت كاف وبشكل واضح ومبرر .

3- في الحالات التي يتعين فيها دفع مقابل مادي للخدمة المقدمة -كالممارسة في العيادات الخاصة- لابد من إحاطة الأسر غير القادرة على الدفع بوقت كاف ، دونما استغلال في الوقت أو في المواقف ، سواء كان الدافع الأسرة ذاتها ، أو من ينوب عنها كشركة التأمين مثلاً .

4- يجب ألاّ تقطع الخدمات عن الأسرة لتحقيق أغراض غير مشروعة اجتماعياً أو مادياً أو جنسياً .

5- في حال توقف المرشد الأسري عن العمل أو انتقاله إلى عمل آخر ، لابد أن يحيط الأسرة بشكل واضح ودقيق ، تاركاً لها حرية الاختيار بين التحويل لممارس آخر ، أو التوقف كلياً ، مع تقدير موقف الأسرة بشكل واضح يكفل حقوقها ويضمن أولويات أعضائها .

تعليق ختامي

يعبر الإرشاد الأسري عن عملية معقدة تقودها علاقة خاصة بين المرشد والأسرة ، لذا فإن البدء بوضع خطة عمل مع الأسرة ، ثم تحديد أهداف واقعية مطلب أساس لنجاح هذه العملية المعقدة . كما ويعتبر التقييم المستمر بمشاركة الأسرة أيضاً للخطة الموضوعة ، وآليات تحقيق الأهداف أمراً ذا أهمية ، بالإضافة إلى أنه يكشف عن درجة الواقعية في الأهداف .

إن ممارسة الإرشاد الأسري مهمة شاقة تتطلب الكثير من المعارف العلمية والعملية، وتشير تجارب الممارسة والتطبيق إلى أن الخبرات العملية تتجدد بشكل مستمر، مما يؤكد على قرب الفوارق بين المرشد المبتدئ والمرشد صاحب الخبرة الطويلة. فالحياة البشرية تتسم بالدينامية dynamic ودوام التغير، مما يعني تجدد المشكلات الأسرية وإن تشابهت في ظاهرها، واختلاف الأسر وإن تشابهت في مواصفاتها وبنائها، لذا فإن المرشد الأسري المحب لعمله سيستمر في النمو المهني طالما أنه يمارس، وتتطور المهارات العملية لديه طالما أنه يعمل. فالمشكلات الأسرية تتجدد أو تبدو كذلك نظراً لتباين أحجام الأسر وتركيباتها، وكذلك نظراً لثقافة المجتمع الذي تنتمي إليه الأسرة وتمارس فيه عملية الإرشاد، فإرشاد الأسرة المفككة نتيجة إدمان رب الأسرة يختلف في المجتمعات الغربية عنه في المجتمعات الشرقية. ومن أمثلة اختلاف العملاء واختلاف تركيباتهم الشخصية ذلك النوع من العملاء كثيري المطالب وكثيري التشكي، وليس لديهم ملكة الاستقلال عن شخصية المرشد الذي يجب أن يتحلى بالواقعية فيقدم المساعدة بشكل منطقي متوازن مع طبيعة الموقف وشخصية العميل وحجم مطالبه. هذا المثال يوضح كيف أن أولئك العملاء سيظهرون مطالبهم في صور مختلفة وبدرجات متفاوتة. وفي الجانب الآخر من ذلك المثال، هناك عملاء غير ملتزمين أو عديمي الدافعية للعلاج، حيث يظهرون ذلك في صور مختلفة أيضاً كالتأخر أو التغيب عن الموعد بدون عذر مسبق، أو عدم تحمل المسؤولية في تنفيذ خطوات العملية الإرشادية، إذ من الخطأ مجاراة مثل هؤلاء العملاء دون تحسب؛ فبقدر اهتمام المرشد بنفسه لا بد أن يقبل بقدر من الالتزام من قبل أولئك العملاء.

كما أن هناك أمراً على جانب كبير من الأهمية وهو انتظار النتائج الإيجابية من العملية الإرشادية، فبعض المرشدين يتعجل في تحري النتائج، كما أن هناك آخرين قد يقعون في القلق عندما لا يرون ثمار العمل الذي قاموا به مع الأسرة. فالإرشاد الأسري يحتاج إلى الكثير من الوقت لتظهر نتائجه الإيجابية، هذه الحقيقة يفترض أن يدركها المرشد حتى يمكن أن يكون واقعياً في عمله، فيستطيع أن يقنع الأسر التي تبحث عن تحسن سريع وملموس. وعلى النقيض من التسرع في تحري النتائج الإيجابية، هناك القناعة بأن المرشد لا يمكن أن ينجح مع جميع الأسر؛ ولتفصيل هذه النقطة هناك أسر

يتضح لدى المرشد منذ البداية بأنه لا يمكن أن يعمل معهم، وهنا ربما يكون من الأنسب إحالتهم إلى مرشد آخر؛ كما أن هناك أسراً يتضح بعد عدد من الجلسات بأن المرشد لا يستطيع أن يستمر معهم، وهنا لابد من المصارحة مع بحث البدائل التي عادة يكون التحويل لمرشد آخر من بينها (Corey, 2001).

إن الإرشاد الأسري عملية صعبة ولكنها سهلة في الوقت نفسه. إنها عملية تتطلب فطنة وحب وإخلاص لعمل الإرشاد. كما تشكل المكونات الشخصية الأخرى، والإعداد النظري والتدريب العملي المقيّم من قبل إشراف مؤهل ركيزة مهمة في بناء وصقل شخصية المرشد الناجح والفعال. وبقي أن نختم بالقول بأنه لا يوجد طريق واحد صحيح للإرشاد الأسري، بل هناك أنواع عدة من الأساليب والطرق التي يمكن ممارسة الإرشاد الأسري من خلالها بأسلوب ناجح وفعال.

المراجع

-American Association for Marriage and Family Therapy (2001). The 2001 AAMFT code of ethics. USA: AAMFT.

- Corey, G. (2001). Theory and practice of counseling and psychotherapy) 6th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks-Cole/Wadsworth.

- Corey, G., Corey, S. M. and Callanan, P. (2006). Issues and ethics in the helping professions (7th ed.). USA: Brooks Cole.

- Ivey, A. E., Ivey, M. B. and Simek-Downing, L. (1986). Counseling and psychotherapy: Integrating skills and theory in practice) 2nd ed.). USA: Prentice Hall.

-Nystul, M. S. (2005). Introduction to counseling: An art and science perspective (3rd ed.). USA: Allyn and Bacon.

-Peterson, J. A. (1989). Counseling and values: A philosophical examination. USA: Sulzburger and Graham.

- Tyler, L. E. (1969). The work of the counselor. New York: Appleton Century Crofts.

- Wilson, S. J. (1986 . (Field instruction: Tachniques for supervisors . New York: The Free Press.

- Woody, J. D. and Woody, R. H. (2001 . (Ethics in marriage and family therapy. USA: The American Association for Marriage and Family Therapy.

الفصل الثاني 2

علاج الأزواج

- الجذور التاريخية .
- مدخل .
- المقابلات في علاج الأزواج .
- مرحلة التقدير في علاج الأزواج .
- الأدوات والمقاييس المقننة .
- مرحلة التدخل المهني باستخدام تقنية العلاج المعرفي .
- تعليق ختامي .
- نقاط القوة ونقاط الضعف .

"كما أن آدم وحواء هما أساس التكوين البشري ،كذلك العلاقة بين الزوجين هي جوهر التفاعل الاجتماعي"

الجذور التاريخية

تعود الجذور التاريخية لعلاج الأزواج couples therapy إلى البدايات المبكرة لممارسة الخدمة الاجتماعية مع الأزواج ، وإصلاح العلاقات الأسرية ، والمتمثلة في الإسهامات الأولى لرائدة الخدمة الاجتماعية "ماري ريتشمند" Mary Richmond وذلك في أوائل القرن العشرين (1900م) ، حينما كانت تقدم المساعدات والمعونات للأسر بشكل بسيط وبدافع الخير والإحسان charity . أما على صعيد التأليف فقد أسهمت من خلال بعض الكتابات والمؤلفات لعل من أبرزها كتاب "الاهتمام بالأزواج في المجتمع" Concern of the Community with Marriage المنشور عام 1928م ، والذي كان بمثابة المرجع الرئيس للمهتمين والممارسين في مجال العمل مع الأسرة والعلاقات الأسرية (Broderick and Schrader, 1991) .

وقد مر علاج الأزواج بمراحل حاسمة في تاريخ تطوره ، ففي الولايات المتحدة الأمريكية ، وفي تلك الحقبة على وجه التحديد (1911م) ، أعطت مؤسسات الخدمة الاجتماعية قدراً لابأس به من الاهتمام ، من خلال التخصص في علاج الأزواج والأسر ، حتى انبثق عن هذا الاهتمام ظهور جمعيات ومنظمات أمريكية متخصصة في خدمات الأسرة ، مثل Family Service Associations of America (FSAA) والتي تولت فيما بعد (1943م) إصدار نشرة متخصصة في الإرشاد الزواجي ، ثم طورت النشرة لتصبح بمثابة كتاب أساسي لتدريب الأخصائيين الاجتماعيين على إرشاد الأزواج ، سُمي الكتاب "تقرير لجنة الجمعيات الأمريكية عن الإرشاد الزواجي" Report of the FSAA Committee on Marriage Counseling حيث احتوى على جملة من المفاهيم الاجتماعية والنفسية ، التي استخدمت كموجهات لعملية الممارسة الإكلينيكية مع العملاء . ومنذ ذلك الحين صُنف إرشاد الأزواج على أنه جزء من خدمة الفرد (Broderick and Schrader, 1991) .

كما كان للجهود الأخرى التي بذلت منذ وقت مبكر أثراً بارزاً في بلورة هذا الأسلوب العلاجي المتخصص، مثل تأسيس الجمعية الأمريكية لمرشدي الأزواج (AAMC) في مدينة نيويورك سنة 1942م، والتي غيرت اسمها فيما بعد إلى الجمعية الأمريكية لمرشدي الأسر والأزواج (AAMFC)، ثم في عام 1978م أصبحت تسمى الجمعية الأمريكية للعلاج الأسري والزواجي (The American(AAMFT Association for Marriage and Family Therapy . وبعد تلك التطورات العلمية التي حدثت في تاريخ ذلك الحقل أصبح الأزواج يتوجهون إلى متخصصين في علاج الأزواج بدلاً من اللجوء إلى الأطباء أو المرشدين الدينيين (Sperry and Carlson, 1991).

مدخل

على الممارسين المهنيين الراغبين في ممارسة علاج الأزواج فهم وتطبيق بعض العناصر الأساسية (Kayser, 1997) وهي:

- إدارك مستويات متعددة من التحليل في وقت واحد.
- تشخيص الشخصية لكل من الزوجين بشكل منفرد.
- تحليل التداخل الزواجي، مع الاهتمام بمحتوى وعملية وطريقة ذلك التداخل، أي طرق وأسلوب التواصل والتحاور بينهما.
- فهم العوامل الثنائية ذات العلاقة بالطرفين كزوجين وذات التأثير على كلا الطرفين.

ومن الأشياء المزعجة في ممارسة علاج الأزواج، حينما يكون الممارس المهني أمام وجهتي نظر مختلفتين -لكل من الزوجين- حول حدث ما، أو حول علاقتهما ببعضهما. في الغالب يحاول الممارس المهني جاهداً معرفة وجهة النظر المنطقية حول ماحدث بالفعل، لاسيما وأن كلا الزوجين سيبذل قصارى جهده لإظهار منطقيته، وإقناع المعالج بحدث ما أو شيء ما؛ وربما تكون كلا وجهتي النظر يشوبها شيئاً من عدم المنطقية. ولعل أفضل سؤال يمكن للمعالج الإكلينيكي أن يطرحه على نفسه هو: لماذا وجهتا النظر مختلفتين كلياً؟ (Kayser, 1997).

ويعبّر العمل مع الأزواج عن مهارة ضرورية يمكن اكتسابها خلال ممارسة الخدمة الاجتماعية، ذلك أن الممارس المهني يمكن أن يرى أو يلمس العلاقة الثنائية ليس بين الزوجين فحسب، وإنما أيضاً بين الوالدين والطفل، أو حتى بين الأقارب.

المقابلات في علاج الأزواج

في علاج الأزواج هناك نوعان من المقابلات هي المقابلات الفردية والمقابلات المشتركة، وكلاً منها له خصائصه وطبيعة الأسئلة التي يمكن توجيهها خلال المقابلة، والموضوعات التي يمكن التطرق إليها؛ والأهم من هذا كله أن لكل نوع هدف وغاية يرسمها الممارس قبل عقد المقابلة سواء كانت فردية مع الزوج أو الزوجة على حده، أو كانت مقابلة مشتركة تجمع الزوجين معاً. وفيما يلي سنتناول كلاً من هذين النوعين من المقابلات بشيء من التفصيل.

أولاً / المقابلات المنفردة:

تختلف المشكلات التي يأتي بها الزوجان طلباً للعلاج أو الإرشاد، وبالتالي طبيعة المشكلة أو المساعدة تحدد إلى حد كبير الجوانب التي يفترض أن يركز المعالج عليها وطبيعة المقابلة، وكيفية طرح الأسئلة أو توجيهها. وهناك مواضيع عامة لا بد من الإلمام بها بحيث يمكن -إلى حد ما- تعميمها مع مراعاة الاختلافات البسيطة في مناطق التركيز المعتمد أو المبني على طبيعة المشكلة أو الموقف. هذه المواضيع العامة تمثل محتويات المقابلات المنفردة مع الزوج أو الزوجة والتي تقسم عادة إلى العناصر أو المكونات التالية:

1- عرض المشكلة:

خلال المقابلة المنفردة الأولية يسعى المعالج إلى الحصول على معلومات وصفية حول المشكلة، وهناك بعض التساؤلات التي يمكن اقتراحها لهذه المرحلة مثل: منذ متى وهذه المشكلة قائمة؟ ماذا حاولت أن تعمل لحلها؟ من بين محاولاتك لحلها، ما الذي بدا فعّالاً في حلها؟ وما الذي بدا غير فعّال في حلها؟ ما الذي تشعر بأنك عملته وقد أساء أو أضرّ بالعلاقة بينك وبين زوجك/ زوجتك؟ والسؤال الأخير يهدف إلى تشخيص المشكلات الفردية، التي ربما تتعارض أو تتداخل بشكل ما مع علاج

الأزواج ، كما يهدف السؤال ذاته أيضاً إلى مساعدة العميل على توجيه فكره نحو ما قدمه من سلوك ، عوضاً عن الاستمرار في التركيز على الطرف الآخر ، وتوجيه اللوم له على أنه المشكلة أو السبب الوحيد في حدوث المشكلة . ومن الأسئلة أيضاً : ما الأسلوب الحياتي أو المشكلة التي تشعر بأنها أثّرت على العلاقة بينكما؟ على أن كل عميل لديه أساليبه الخاصة في الحياة ، التي ربما تتعارض بشكل ما مع الشريك (الزوج أو الزوجة) ، كالعمل لساعات طويلة ، أو سرعة الانفعال ، أو التعرض لحالات الاكتئاب ، أو غير ذلك من حدة الطباع ، أو الخصائص الذاتية ، أو الأساليب المعيشية التي تميز العميل عن غيره من الناس . والسؤال السابق يحفز العميل على التبصر وكشف مشكلاته الشخصية أو الذاتية ، والتي يمكن استخدامها في العلاج لاحقاً . (O'Leary and Arias, 1987)

ويمكن أن تحتوي المقابلة المنفردة أيضاً على أسئلة حول أساليب وطرق الحوار بين الزوجين ، وكذلك حول الحلول التي استخدمت في حل مشكلات وقعت في الماضي . كما يمكن للمعالج أن يسأل عن الطرق أو السبل التي ينفق فيها المال ، وهل قرارات الشراء تكون دائماً في يد أحد الطرفين ، وكم يصرف كل فرد من المال دون علم أو استئذان الآخر . فعنصر المال ، وعنصر الحوار وطريقة المناقشة بين الزوجين ، يشكلان سببين في سوء العلاقة الزوجية مع كثير من الحالات .

2 - تاريخ العلاقة الزوجية:

خلال المقابلات المنفردة مع الأزواج يحتاج المعالج إلى التعرف على طبيعة تطور العلاقة بينهما . وعلى هذا يمكن للمعالج أن يطرح على الزوجين مثل هذه التساؤلات : ما الذي جذبك لزوجك/ لزوجتك؟ هل كانت بينكما معرفة قبل الزواج؟ هل كانت هناك علاقة سابقة أو زيجات سابقة؟ وإذا كانت الإجابة بنعم ، فما الذي حدث لتلك العلاقة أو تلك الزيجات؟ من هو البادئ أو المتسبب في إنهاء العلاقة؟ وكيف؟ ولماذا؟ كيف كانت حياتك الاجتماعية في بداية الزواج؟ كيف كانت القرارات تتخذ بينكما كزوجين؟ (Hiebert and Gillespie, 1984) .

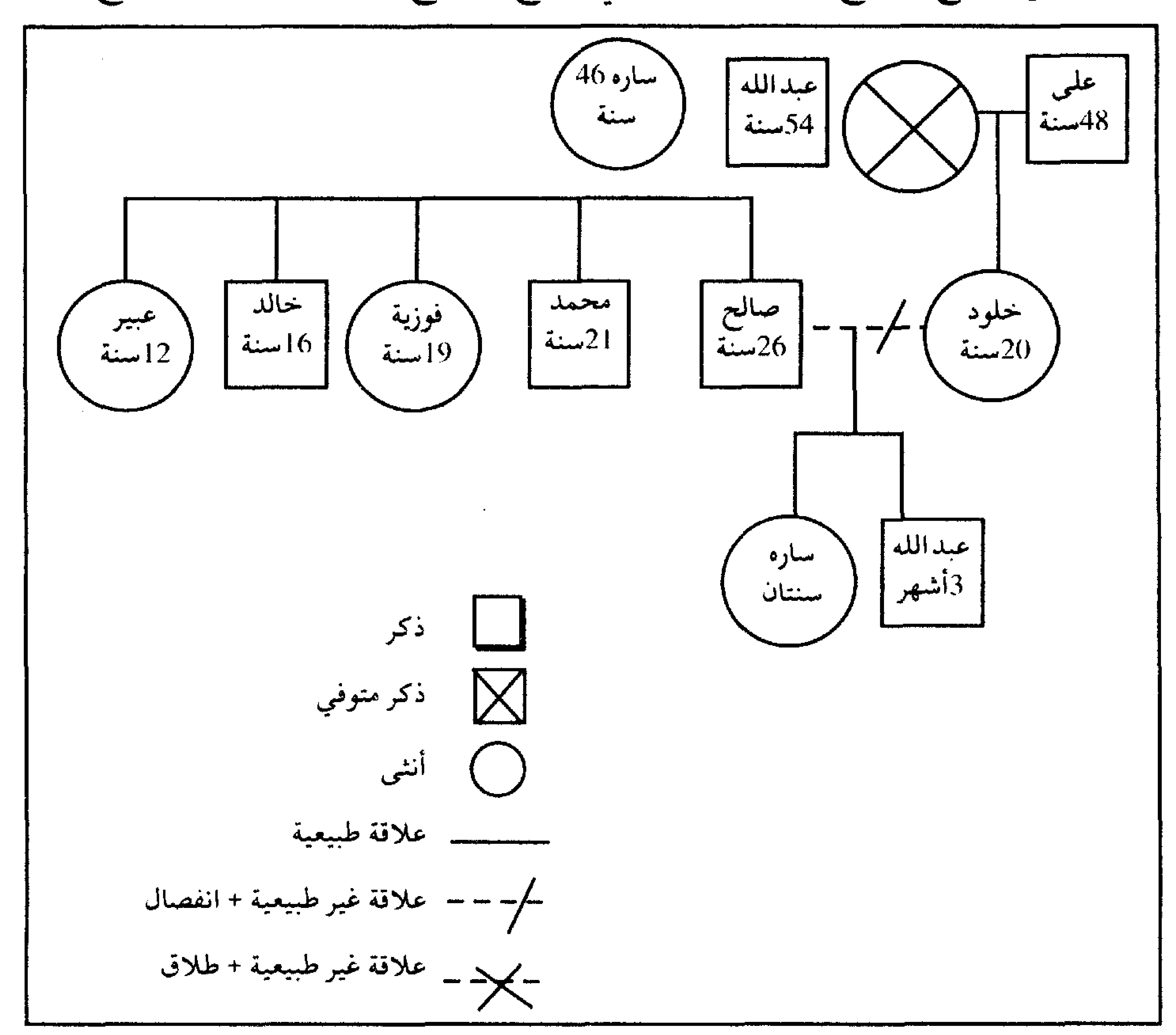
كما أن هناك أنواعاً أخرى من الأسئلة يمكن للمعالج أن يطرحها ، تتعلق بتاريخ التغير أو التحول في حياة الزوجين ، كتغير الوظيفة أو العمل ، وقدوم مولود ، وتربية

أطفال، والعناية بالمسنين من الوالدين، والتقاعد، وما شابه ذلك. وبجانب مثل هذه التغيرات المحسوبة، ربما يكون هناك ضغوطات خلال مراحل الحياة الزوجية كالأمراض المزمنة المهددة للحياة، والموت، والأزمات المالية أو الاقتصادية، والمشكلات القانونية، وكذلك ضغوطات العمل. مثل هذه التغيرات غير المحسوبة أو المفاجئة قد لا تكون ذات اتصال مباشر بالعلاقة الزوجية، ولكن على المعالج أن يتعرف على الطريقة التي تعامل بها مع التغيرات التي حدثت. على سبيل المثال كيف اتفق الزوجان على فكرة الحمل؟ كيف كانت انطباعاتهم وأراؤهم مختلفة تجاه الفكرة؟ كيف تغيرت العلاقة بينهما بعد وصول المولود؟ كيف كانت ردود فعل كل منهما تجاه التكيف مع وجود الطفل؟ (Kayser, 1997).

3 - التاريخ الاجتماعي:

خلال البدايات الأولى من المقابلة المنفردة يمكن للمعالج أن يحصل على بيانات حول الأسرة الأصلية (أسرة المنشأ) للعميل، وفي نفس الوقت يكون الغرض من هذه البيانات الأساسية هو عمل تقدير للبناء الأسري، وطبيعة العلاقات داخل هذا البناء. ومن المرجح في علاج الأزواج أن المعالج يستمر في جمع البيانات، حتى أثناء التدخل المهني، وخلال مراحل العلاج، علماً أن خارطة الأسرة genogram تساعد كثيراً في تنظيم مثل تلك المعلومات والبيانات، وسرعة استحضارها. ومن الأشياء التي يمكن أن تحتوي عليها خارطة الأسرة ما يلي: أسماء أعضاء الأسرة، وأعمارهم، ومستوى تعليمهم، ووظائفهم، وبعض الأمور الأساسية الأخرى. وبجانب خارطة الأسرة وما تحتويه من بيانات، يمكن للمعالج أن يسأل عن طبيعة العلاقات بين أعضاء الأسرة، وهل هي علاقة حميمة وتواصل، أم تباعد، أم علاقات خلافات وصراعات، أم هي قطيعة ولا يوجد تواصل على الإطلاق. كما أن تدوين مشكلات محددة أمر ضروري، كمشكلة طلاق أو انفصال أو إدمان أو مرض عقلي. ومما يعزز أهمية خارطة الأسرة كأداة مهمة في علاج الأزواج أنه يمكن استخدامها لشرح طبيعة العلاقة والتفاهم بين الزوجين (McGoldrick and Gerson, 1985).

شكل يوضح نموذج لخارطة الأسرة في علاج الأزواج (للزوجين خلود وصالح)



4 - الكشف عن المشكلات الخاصة:

المقابلات المنفردة مع الزوجين تتيح فرصة جيدة للبحث والكشف عن مشكلات فردية خاصة، ربما تكون ذا أثر على العلاقة بين الزوجين. بناءً على ذلك يستطيع المعالج أن يسأل عن تعاطي الكحول والمخدرات، وعن العلاقات الغرامية، وعن بعض الأمراض النفسية الحادة كالاكتئاب والفصام، وتاريخ المرض العقلي، بالإضافة إلى السؤال عن التعرض للعنف، سواء البدني أو النفسي. مثل هذه المشكلات لا تذكر عادة عند الحديث عن مشكلة زواجية، وبالتالي فهي تتطلب سبر، ليكون الوضع والعلاقة بين الزوجين واضحة بالنسبة للمعالج، وعلى ذلك تكون أسئلة المعالج حول هذه الموضوعات واضحة وصريحة ومباشرة. ومن المعتاد أن العملاء يرون أن مثل

هذه الموضوعات غير محبذ اجتماعياً، لذا يفضل أن يضع المعالج مقدمة يوضح فيها للزوجين أن هذه المشكلات كثيرة التكرار مع الأزواج، ممن هم في حاجة إلى علاج، ثم يطرح تساؤله عما إذا كانوا هم كذلك ممن عانى أو مرَّ بهذه الخبرة من المشكلات (Kayser, 1997).

5 - الصحة البدنية:

لابد أن يطرح المعالج تساؤلا عاماً حول الصحة البدنية لكلا الزوجين، ذلك أن المشكلات والأمراض الصحية المزمنة، ذات تأثير بشكل أو بآخر على العلاقة بين الزوجين. فبعض الأوضاع الصحية، وبعض العقاقير الطبية تؤثر بشكل سلبي على الرغبة والوظيفة الجنسية. على سبيل المثال، الأمراض العصبية والسكري وأمراض الكلى وارتفاع ضغط الدم كلها ذات تأثيرات سلبية على حياة الأزواج؛ لذا لابد أن يكون المعالج على دراية بخصائص مثل هذه الأوضاع الطبية، حتى يتمكن من شرح أو تفسير حياة الأزواج التي تهددها مثل تلك الأوضاع الصحية الخطرة والمزمنة (Kayser, 1997).

6 - الأداء الجنسي:

للضغوط التي يتعرض لها الأزواج تأثير على الأداء الجنسي، وإذا لم يبدِ الزوجين تذمراً حول هذا الجانب، فمن الصعوبة على المعالج أن يفتح مثل هذا الموضوع، ومن الشائع أيضاً أن ممارس علاج الأزواج غير مدربين ولا مؤهلين لعلاج الخلل الوظيفي الجنسي، ولكن هذا لا يعفيهم من محاولة الكشف عن هذا الجانب بطريقة مقبولة وأخلاقية، ثم تحويل الزوجين إلى مختص (Kayser, 1997).

ولحساسية موضوع الأداء الجنسي، يُنصح بعدم إثارته إلاّ بعد بناء علاقة مهنية قوية مع الزوجين، مع مقدمة توضح كيف أنه موضوع حساس وشخصي وغير مريح للكثيرين، ولكن له أهميته في العلاقة بين الزوجين، مع توضيح مدى شيوعه بين الأزواج تحتم طرح التساؤل التالي: كيف أنتم فيما يتعلق بالجانب الجنسي من حياتكم؟ (LoPiccolo and Daiss, 1987). ثم يدخل المعالج في الموضوع من خلال طرح تساؤل عام مثل: هل أنت طبيعي جنسياً؟ وإذا ذكرت أو أثيرت مشكلات جنسية،

فيتعين على المعالج طرح أسئلة محددة، حول احتمالية اضطراب أو خلل في الأداء الجنسي. ومن أمثلة هذه الأسئلة: هل بدنك يُستثار حينما تبدأ في ممارسة الجنس؟ هل استثارتك تختلف مع أنشطة أو حركات جنسية محددة؟ كم طول الفترة بين الإيلاج والقذف أثناء عملية الجماع؟ هل طول الفترة بين الإيلاج والقذف ترضيك أو تشبعك جنسياً؟ (Kayser, 1997).

ثانياً / المقابلات المشتركة (مقابلة الزوجين معاً):

بعد مقابلة الزوجين بشكل انفرادي، يبدأ المعالج في مقابلة الزوجين مع بعض، ومن هذه اللحظة يتجه اهتمام المعالج نحو الطريقة التي يتعامل ويتفاعل بها الزوجين مع بعضهما. ونقطة الصعوبة هنا ليست في ما يقال، وإنما في الطريقة أو الكيفية التي تقال بها الأشياء، فمن الموضوعات التي تحتاج إلى ملاحظة المعالج ما يلي:

1 - الأحاسيس والمشاعر:

- ما هي الأحاسيس والمشاعر بين الزوجين؟
- هل هناك شعور بالغضب أو بالعداء؟
- هل أحد الطرفين يتسلط على الآخر؟

2 - المحادثة:

- هل أحد الطرفين يتحكم في الحديث والمقاطعة؟
- هل يستطيع كلا الزوجين إظهار مشاعرهما سواء كانت إيجابية أم سلبية؟
- هل هناك لون من المزح والمرح في حواراتهما؟

3 - التقارب والألفة:

- هل يكشف الزوجان مشاعرهما لبعضهما؟
- هل يقضي الزوجان وقتاً مع بعضهما مستمتعين بذلك الوقت؟
- هل يساعد الزوجان بعضهما عاطفياً؟
- هل هناك سلوكيات غير محبوبة؟
- هل بينهما من يتصيد الأخطاء؟

4 - **التبادل:**

- هل هناك تكافؤ وعدالة في التعامل بينهما؟
- هل يتبادل الزوجان عواطفهما بشكل متوازن؟
- هل يتبادل الزوجان العناية والاهتمام فيما بينهما؟

5 - **صناعة القرارات وحل المشكلات:**

- كيف يصنع الزوجان قراراتهما؟
- هل يتحاور الزوجان حول اتخاذ القرارات؟
- هل من بين الزوجان من يتنازل دائماً عند الاختلاف في الرأي؟
- هل هناك تعاون وتفاهم فيما بين الزوجين؟

ولتحقيق ملاحظة التفاعل بين الزوجين، يمكن للمعالج أن يسأل الزوجين سؤالاً محدداً، أو يثير موضوعاً ما. على سبيل المثال، يمكن للمعالج أن يسأل الزوجين عن طبيعة التغير الذي يحبذانه في علاقاتهما، ثم يترك لهما حرية المناقشة في حدود عشر دقائق من الزمن، تمكنه من ملاحظة التفاعل والرؤى والقرارات ومصادرها. وتتطلب الملاحظة أن يكون المعالج واعياً تجاه الطرف الأقل رغبة في الحديث أو التفاعل، ولعل سؤالاً حول قرار حاجتهما إلى هذا اللون من العلاج (علاج الأزواج) يوضح الطرف السالب أو الأقل دافعية نحو التسوية أو التفاعل. ومن خبرات التجارب، يتضح الطرف الحريص على التسوية من خلال الاتصال الهاتفي لطلب موعد أولي، أو ربما خلال الجلسة الأولى. وفي الجلسات الانفرادية مع الزوجين ربما يذكر المعالج للطرف المتحفز والراغب في العلاج أنه -المعالج- قد يطرح أسئلة إضافية أو تعاطفاً تجاه الطرف الآخر بسبب قلة الدافعية نحو العلاج (O'Leary and Arias, 1987).

في نهاية مقابلة الزوجين من المستحسن أن يقوم المعالج بإعطاء انطباعه حول ما رآه ولمسه خلال الجلسات، ورأيه حول الأهداف الممكنة للعلاج، حيث من المحتمل أن تكون هناك أهدافاً لم يتطرق لها الزوجين، وعليه يمكن سؤال الزوجان عن رغبتهم في تحقيق الأهداف التي رآها أو لاحظها المعالج. وكذلك في نهاية المقابلة يحتاج الزوجان إلى تقييم من قبل المعالج حول مستوى توافقهما مع طبيعة العلاج. وفي المعتاد حينما يكون الزوجين على قدر من الرغبة في تحسين العلاقة

بينهما، يكون علاج الأزواج متناسباً معهما، والعكس حينما لا يكون للزوجين أو أحدهما رغبة في تحسين العلاقة، أو قرر ترك أو التوقف عن العلاج، وفي مثل هذه الحالات يكون العلاج الفردي هو الأنسب مع الطرف الراغب في العلاج (Kayser, 1997).

بعدما يعطي المعالج انطباعاته المهنية حول علاقة الزوجين، ربما يكون من المناسب أن يشرح الاتجاه العلاجي الذي سيستخدمه في الخطوة القادمة التي هي التدخل المهني (العلاج)، كما أنه ليس من الضروري أن يخوض المعالج في التفاصيل النظرية البحتة لأسلوب العلاج، وإنما يتطرق إلى الأشياء الأساسية المهمة بالنسبة للزوجين، مثل واجبات العلاج التي سيؤديها الزوجان، والمقاييس والأدوات التي ستستخدم لمراقبة ورصد التطورات، ومدة الجلسات وطولها، ومدى الحاجة إلى عقد جلسات انفرادية، وغيرها من الأمور الموضحة والمطمئنة للزوجين (Kayser, 1997).

مرحلة التقدير في علاج الأزواج

تحتاج مرحلة التقدير assessment phase في علاج الأزواج إلى قدر كاف من التنظيم، وإلاّ فإن بعض العملاء لن يتوقفوا عن الحديث حول العلاقات المضطربة أو المختلة مع زوجاتهم أو أزواجهم، وطرح سلسلة قد لا تنتهي من التذمر من الطرف الآخر (الزوج أو الزوجة). لذا فمن الأهمية بمكان أن يقوم الممارس المهني بجدولة وتنظيم العمل، ثم تنفيذ وإدارة مقابلات مرحلة التقدير؛ على أن مقابلات التقدير ربما تحتوي على كثير من المعلومات التي ليس لها علاقة أو غير المهمة.

ومن الأمور الأولية في مرحلة التقدير تلك المتعلقة بقرار البدء بالمقابلات الانفرادية -لكل زوج على حده- أو البدء بالمقابلات المشتركة -لكلا الزوجين-، ما يعني أن مرحلة التقدير لابد وأن تحتوي على هذين النوعين من المقابلات. فالمقابلات المنفردة هدفها معرفة وجهة النظر المستقلة للزوج أو الزوجة حول العلاقة وسبب المشكلة، وتعد المقابلات المنفردة فرصة جيدة للكشف عمّا إذا كان هناك مشكلات فردية كالغضب أو الاكتئاب على سبيل المثال، والتي ستكون ذات تأثير وتداخل مع عملية العلاج برمتها (O'Leary and Arias, 1987). يفترض أن يقوم المعالج بإخبار الزوجين بأنه قد يضطر بعد أن يبدأ العلاج إلى اللجوء إلى المقابلات الانفرادية. ونعني

بفكرة الاضطرار هذه الحالات التي لا يتقدم أو لا يتحسن معها العلاج ، أو حينما يشعر المعالج بحاجته إلى عمل مقابلة انفرادية ، فعلى المعالج في هذه الحالة مراعاة مبدأ تساوي الفرص بينهما ، أي أن الطرف الآخر ربما يكون أيضاً في حاجة إلى المقابلة الانفرادية (Kayser, 1997) .

ومن الأمور التي على الممارس المهني التعامل معها بحذر شديد في المقابلات المنفردة ، تلك المتعلقة بالسرية والخصوصية لكل زوج على حده ، فهناك طريقان للتعامل مع سرية العملاء . الأول يتمثل في إعطاء المعالج وعداً بعدم ذكر معلومات قدمها العميل على أنها خاصة ، ولا يرغب في أن يعرفها أو يطلع عليها أحد ، بما في ذلك الطرف الثاني . والمشكلة هنا تكمن في أن المعالج قد لا يتذكر بعض ما قيل في المقابلات المنفردة أو المشتركة ، بحيث يكشف وبشكل غير مقصود عن معلومات أدلى بها أحد الطرفين في مقابلة منفردة كمعلومة سرية ، ومثل هذه الهفوات ستؤثر على المعالج وطريقته في إدارة النقاش المشترك . الأسلوب الثاني للمحافظة على سرية العملاء ، يتمثل في أن يقوم المعالج بإخبار العميل بأن كل ما قد يقال في الجلسات المنفردة سيكشف خلال الجلسة المشتركة ، ما لم يطلب العميل خلاف ذلك ، بمعنى أن المعالج يمنح ضماناً للعميل بأنه سيلتزم السرية فيما يحدده العميل من معلومات سرية أو خاصة . في مثل هذه المواقف يقوم المعالج بإشعار كلا الزوجين بأنه من الطبيعي أن يكون هناك بعض الأفكار أو الخيارات أو وجهات النظر الفردية ، التي تعبر عن خصوصيات يرى العميل عدم إطلاع الآخرين عليها ، بما في ذلك الزوج أو الزوجة (LoPiccolo and Daiss, 1987) . وعلى هذا فإذا كانت هناك موضوعات قدمها العميل على أنها سرية ، في حين يرى المعالج أن معرفة الطرف الآخر بها سيخدم العملية العلاجية ، فعلى المعالج أن يوضح هذا الأمر للعميل وفي جلسة منفردة . كما أن بعض المعالجين يتجنبون الجلسات المنفردة خوفاً من مخاطر السرية ، إلاّ أن هذا قد يفقدهم بعض المعلومات المهمة ، التي لا يدلي العملاء بها إلاّ في الجلسات الفردية ، كالخيانة الزوجية على سبيل المثال . وفي المقابل يرى آخرون أن المعالج يكون في حكم المتواطئ حينما يخفي العلاقات الغرامية التي أدلى بها الطرف الآخر خلال الجلسات المنفردة . والواقع يُشير إلى أنه ليس هناك أسلوب مثالي فيما يتعلق بهذا الموضوع ، إذ يعتمد الأمر على أسلوب وطريقة الممارس المهني ، والمهم في الموضوع هو التزام الممارس بالسرية متى تعهد بذلك (Kayser, 1997) .

ومن منتقدي الجلسات المنفردة في علاج الأزواج ، من يرى بأن الجلسات المنفردة مدعاة إلى إقامة علاقة حميمة بين المعالج والعميل ، يتخللها التعاطف والود والكرم التي ينحرف معها المعالج بعيداً عن العلاقة المهنية ، بحيث يمنح آمالاً جميلة للعميل أو العميلة (O'Leary and Arias, 1987) .

في علاج الأزواج غالباً يكون الزوج أو الزوجة في موضع ضعيف ، وخصوصاً حينما يكون هناك ضغوط نفسية ، أو تكون الحياة الزوجية في أزمة طارئة وحادة ، وهو مالا يجب استغلاله ، عمداً أو بغير عمد من قبل المعالج ؛ وفي المقابل عرض الخدمة يفترض فيه أن يكون مرغباً ومحفزاً نحو التغيير إلى الأحسن ، مع بث روح الأمل وإعادة المياه إلى مجاريها .

الأدوات والمقاييس المقننة

تعتبر الأدوات والمقاييس المقننة جزءاً من عملية التقدير التي يؤديها المعالج للأزواج بشكل مستمر . مثل هذه الأدوات تساعد في الوصول إلى تقدير دقيق لموقف الزوجين أو للمشكلة التي يعانيان منها . وفي المقابل يفترض ألا يُنهك الأزواج بتعبئة مقاييس كثيرة ، إذ على المعالج أن ينتقي من المقاييس ما يخدم الموقف ، وماله علاقة بالمشكلة أو الموقف ، ثم يقوم المعالج بتوضيح وتسهيل كيفية استخدام المقياس . علماً أن هناك مقاييس مقننة كثيرة ذات درجة عالية من الصدق والثبات ، منها على سبيل المثال ما يقيّم تطور العلاقة بين الزوجين ، ومنها ما يقيس درجة التفاعل والتحاور ، ومنها ما يقيس مستوى الرضا عن الحياة الزوجية ، وأخرى تقيس الوظيفة الجنسية (Kayser, 1997) ، وقد قمنا بعرض بعض من هذه المقاييس في الفصل الأخير من هذا الكتاب ، حتى يتسنى للمرشدين الأسريين الاطلاع عليها ، ومحاولة تجريبها مع الأزواج أثناء مرحلة التقدير وخلال مراحل العلاج .

وكثيرٌ من المقاييس السابقة الذكر تعبأ ذاتياً بواسطة الزوجين ، لذا يفترض أن يتأكد المعالج من صدق إجابات الزوجين ، لأن بعض الأزواج عادة يحاولون أن يعكسوا النموذجية أو المثالية التي يتمنونها ، علماً أن هناك بعض المقاييس التي تحتوي على عبارات توضح مدى صدق المجيب ، كما أن عدم صدق المجيب ربما يشير إلى الرفض المبطن الذي يحمله العميل نحو العلاج .

كما أن هناك وسائل أخرى تستخدم لملاحظة درجة تفاعل الزوجين فيما بينهما، لعل من أشهرها التسجيل الصوتي، وتسجيل الفيديو، حيث يقوم المعالج بطرح تساؤل على الزوجين، أو تكليف الزوجين بالقيام بعمل ما، ثم يبدأ التسجيل الذي يليه -بعد الجلسة- عملية الترميز، التي يقوم بها المعالج أو أحد مساعديه.

مرحلة التدخل المهني باستخدام تقنية العلاج المعرفي

تعتبر تقنية العلاج المعرفي من التقنيات حديثة الاستخدام في علاج الأزواج، وقد أخذت نصيباً من الانتشار، خصوصاً بين محبي الاتجاه السلوكي. وربما يعود انتشار استخدامه إلى المحدودية التي تكتنف الاتجاه السلوكي التقليدي، الذي لا يولي اهتماماً كافياً للعمليات الداخلية للأزواج، إضافة إلى ذلك الزيادة في نصيب الأبحاث الاجتماعية والنفسية في المجال المعرفي. مثل تلك الأبحاث ساهمت في تعزيز الدور المعرفي والإدراكي لدى الزوج أو الزوجة أثناء الضغوطات والمصاعب والصراعات والعنف الزوجي، وكذلك التكيف لما بعد الطلاق. والحقيقة التي تؤكد عليها تقنية العلاج المعرفي، أن تغيير الطريقة التي يفكر بها الزوجان تجاه بعضهما البعض، وتجاه علاقاتهما ستؤثر حتماً على مستوى رضاهما وسلوكهما أثناء علاقاتهما وتفاعلهما (Kayser, 1997).

أ) أساسيات النظرية المعرفية:

1 - إن رؤية الشخص لذاته وتفسيره الذاتي لأفعاله أكثر تأثيراً على الشعور من الأفعال ذاتها. وشعور أحد الزوجين تجاه الآخر يكون عادة محصلة ما يراه أو يفسره لسلوكيات الطرف الآخر. على سبيل المثال، لو اشترى زوج طاقة ورد لزوجته، فإن الزوجة ستفسر هذا على أنه حنان من الزوج، وبالتالي سيوّلد شعوراً بالحب تجاه الزوج. ولو أن نفس المثال حدث لزوجين آخرين فربما يكون التفسير مختلفاً، كأن تعتقد الزوجة بأن الزوج قدم الورد ليبعد الشك عن العلاقات الغرامية التي يمارسها في الخفاء، وبناء على ذلك التفسير سيتولد شعور بالريبة لدى الزوجة (Beck, 1988).

2 - إن التفسير الخاطئ للشعور هو السابق والمسؤول عن حدوث الشعور الخاطئ. فلو أن الزوجة أخطأت في تفسير سلوك الزوج، وأخذت تصرفاته

الطبيعية على أنها حالة غضب ، وكان رد فعلها تجاهه رداً على غضبه ، فلربما يوّلد هذا غضباً حقيقياً لدى الزوج . فالتفسير الخاطئ السابق للشعور الخاطئ هو المسؤول عن هذا الموقف المشكل (Beck, 1988) .

3 - الأزواج يشكلون أنظمة المعتقد الداخلي لديهم حول علاقتهم ببعض ، حيث تحوي عزو الصفات والتوقعات والافتراضات والمعايير . فالإدراك مصطلح واسع يتضمن أنواعاً كثيرة من التفكيرات والمعتقدات ، ذات التأثير على الرضا عن العلاقة ومحتوياتها . فعزو الصفات هي الشروحات المعرفية التي يصوغها أحد الزوجين حول سلوكيات الطرف الآخر ، حيث يعزو سبب المشكلة أو تأثر العلاقة بينهما إلى تلك السلوكيات ، وبناء على ذلك العزو يقرر الشخص كيف يتصرف ، بل إن العزو ذو تأثير قوي في الشعور الذي يحمله الشخص . وبما أن العزو يشكل أفكاراً حول السلوك الماضي أو الحاضر لأحد الطرفين ، فإن التوقعات تتمحور حول المستقبل . بمعنى أن التوقعات هي تفكيرات تحمل تنبؤات حول مستقبل العلاقة بين الزوجين . أمّا الافتراضات فهي الاعتقادات التي يحملها أحد الطرفين قبل بدأ العلاقة راسمة بذلك سير العلاقة ، كدور الرجل والمرأة في المجتمع ، بمعنى أن الخبرة ذات تأثير في صياغة الافتراضات (Baucom et al., 1995) ، والافتراضات بدورها تؤثر في تشكيل المعايير التي يحملها الشخص ، وبما أن المعايير تعد أحد أنواع الإدراك السابقة الذكر ، فهي الشكل الذي ستظهر عليه العلاقة والسلوك الذي سيبديه كل من الزوجين أثناء هذه العلاقة (Kayser, 1997) .

4 - في العلاقات الزواجية التي ينتابها التوتر والضغط يلجأ الأفراد عادة إلى تصنيف الطرف الآخر ضمن النوعيات السالبة ، حتى وإن كانت تلك النوعيات إيجابية في وقت من الأوقات . ففي بداية العلاقة بين الزوجين يرى الأفراد الطرف الآخر في الصورة التي يتمنونها ، وليس في الصورة الحقيقية لهم ، وحينما يبدأ الخلل في العلاقة تبدأ صورة الزوج أو الزوجة بالتحول من الإيجابية إلى السلبية ، بمعنى أن التصنيفات السلبية تتحول من تلك اللحظة من الإيجابية إلى السلبية ، مع أن السلوكيات هي ذاتها حينما كانت الصورة

إيجابية. على سبيل المثال، الزوجة التي كانت ترى في زوجها صفة القوة، أصبحت تراها على أنها صرامة وقسوة، والزوج الذي كان يرى في زوجته التسامح، أصبح يراها على أنها لا تبالي. ففي المثالين الحقيقة هي ذاتها ولم يتغير شيء، كل الذي تغير هو نظرة أحد الطرفين للآخر (Beck, 1988).

جدول يوضح الأنواع الشائعة من التحريفات التي يقع فيها الأزواج مع تعريفها علمياً

5 - إن التحريفات المعرفية تنتج عن الضغوط في العلاقات الزواجية، والتي يكون أحد الأطراف مسؤولاً عنها، وهو ما يفرقها عن الضغوطات النفسية ذات العلاقة بالشخص ذاته (Beck, 1988).

ب) التشخيص والتقدير المبنيان على تقنية العلاج المعرفي:

إن الهدف الأساس من العلاج المعرفي هو معرفة عن ماذا وكيف يفكر الأزواج في زمنهم الحاضر، وهو ما يعني الكيفية التي يتعاملون بها مع المعلومات الخاصة بعلاقاتهم ببعض. في عملية التشخيص والتقدير المعرفي، يقوم المعالج بطرح أسئلة حول المعتقدات والافتراضات التي يظهرها الزوجان، وكذلك حول سبل التعامل المعرفي السائد بين الزوجين في الوقت الراهن. وكما هو الحال مع الاتجاهات والتقنيات العلاجية الأخرى، يبدأ المعالج المعرفي بتشخيص وتقدير الموقف من خلال شرح مناطق المشكلة، وكما أن المعالج يسأل عن المشكلة، كذلك يسأل عن السبب وراء وجودها من وجهة نظر الزوجين، وما هو الحال الذي من المفترض أن تكون عليه العلاقة (Kayser, 1997).

أما التاريخ التطوري للعلاقة بين الزوجين فهو لا يقل أهمية عن سابقة، إذ يسأل المعالج عن بداية العلاقة ما قبل الزواج (الخطوبة)، ثم الأيام المبكرة من الزواج، وصولاً إلى الوضع الحالي، ومروراً بالأحداث التي أثّرت بشكل أو بآخر على العلاقة بينهما. وخلال حديث الزوجين عن تاريخ العلاقة، يتنبه المعالج إلى عملية التقدير لكل طرف، وكيف تختلف الرؤى بينهما حول الأحداث وتأثيراتها على العلاقة (Baucom et al., 1995)، على سبيل المثال، ربما لا يتذكر الزوجين سوى الأحداث السلبية، بمعنى أن كلاً منهما يعزو الأحداث السلبية للطرف الآخر، أو ربما يوضح

الزوجان كيف أن العلاقة لم تدم على ما كانت عليه بسبب معايير أحدهما . وبشكل عام ، يستمع المعالج إلى حديث الزوجين بشيء من الاهتمام والتيقظ لجميع أنواع المدارك والمعتقدات الداخلية التي سبق ذكرها آنفاً ، والتي تشمل عزو الصفات ، والتوقعات ، والافتراضات ، والمعايير ؛ ثم ينتقل المعالج إلى الخطوة اللاحقة ، وهي وضع الفرضيات حول أنظمة المعتقد لدى الزوجين (Kayser, 1997) .

أنواع التحريفات	تعريفها
الرؤية الضيقة	الرؤية الضيقة تعني التركيز على الجانب السلبي في العلاقة وتجاهل الجوانب الإيجابية ، أو حتى إغفال التضحيات أو العشرة بين الزوجين .
التفسير الاعتباطي	التفسير الاعتباطي يعني تفسير السلوكيات بشكل خاطئ ، كأن يُعزى السلوك لشيء ليس موجوداً أو ليس له دليل في الواقع . مثل تفسير الزوج صمت زوجته بأنها خصومة له ، بينما الزوجة منهكة بسبب عناء تدريس ذلك اليوم .
التعميم القاطع	التعميم القاطع يعني بناء التفكير على شيء قاطع ، والتي غالبا ما يستخدم معها عبارات مثل "دائماً" و "يجب" . كأن يصف الزوج زوجته بأنها دائماً توجه له اللوم حينما تنشب المشكلات بينهما ، أو أن تقول الزوجة بأن زوجها لا يستمع إليها أبداً ، في حين أن هذه الأمثلة تحدث في الواقع ، ولكن ليس على الدوام .
الفكرة المتصلبة	الفكرة المتصلبة تعني كل شيء أو لا شيء ، أو ما يعرف بالأبيض أو الأسود دونما وجود للرمادي كخيار ثالث متاح . حيث يضيّق أحد الزوجين على نفسه ، فلا يرى إلاّ خيارين أمامه ، مغفلاً بذلك خيارات عدة يمكن انتهاجها . كأن ترى الزوجة بأنه يجب عليها أن تعطي زوجها كل ما يريد أو أن تطلب الطلاق .
النقد الشخصي	النقد الشخصي يعني أخذ النقد البناء وغير الجارح بأنه موقف شخصي ، أو حتى تفسير سلوك الطرف الآخر على هذا النحو . كأن يفسر الزوج قيام زوجته بغسيل الملابس في غير اليوم المعتاد ، بأنها محاولة منها لإشعاره بالذنب ، لأنه لا يحافظ على نظافة ملابسة كما ينبغي .
قراءة الأفكار	قراءة الأفكار تعني إدعاء أحد الطرفين معرفة ما يجوب في رأس الآخر من أفكار . فبسبب طول العشرة ، يدعي بعض الأزواج بأنهم دائماً يعرفون ما الذي يفكر فيه الطرف الآخر ، في حين أن هذا الرأي ليس دائماً صائب . فتصرف أحد الطرفين المبني على رأي غير صائب ، سيقود إلى تعقيد المشكلة ، وزيادة تأزم العلاقة .

قبل أن يلجأ الأزواج إلى طلب المساعدة من خلال الإرشاد الأسري، يكون لديهم في الغالب تاريخ طويل من معاناة الأحداث السلبية، وأخطاء أحدهما المسببة لتلك الأحداث أو الناتجة عنها، لذا يحاول المعالج المعرفي خلال عملية التقدير أن يعنى بالأوجه الإيجابية من علاقة الزوجين ببعضهما، وذلك من خلال إعطاء جهد إضافي في هذا المسعى بواسطة (Kayser, 1997):

1 - غرس الآمال الإيجابية تجاه العلاج المعرفي.

2 - كشف وتعريف أنواع التحريفات التي يعاني منها الزوجان أو أحدهما، مثل الرؤية الضيقة، والتداخل الاعتباطي، والتعميم القاطع، والفكرة المتصلبة، والنقد الشخصي، وقراءة الأفكار (لاحظ الجدول السابق).

في عملية التقدير يعتمد المعالج المعرفي وبشكل أساس على مقابلة الزوجين لجمع المعلومات، على الرغم من أن هناك بعض الأدوات أو المقاييس المقننة التي يمكن أن يملأها الزوجين قبل المقابلة الأولية، لتكشف النقاب عن التحريفات المعرفية التي سبق التطرق إليها، أو ربما تدلل على مدارك أخرى يحملها الزوج أو الزوجة، وتشكل إزعاجاً على العلاقة مع الطرف الآخر. علماً أن انتقاء المقياس المناسب من قبل المعالج للكشف عن منطقة الخلل بين الزوجين، أو لتحديد الجوانب التي يجب أن يوجه العلاج إليها من المهارات الأساسية، التي ينبغي على المعالج المعرفي التحلي بها. وعلى غرار بعض أساليب العلاج الأخرى، يحتاج المعالج المعرفي إلى علاقة خاصة مع الزوجين تقوم على الدعم والتعاطف، والتي ستساعد في استخراج الأفكار والمعتقدات، التي عادة تتخفى مع مشاعر الزوجين. وتبرهن خبرات العلاج، على أن الدعم العاطفي للزوجين ذات جدوى لاستدراج الزوجين للحديث، حتى عن الأمور الخاصة والحساسة بينهما (Kayser, 1997). ومن المهارات الأساسية التي يحتاجها المعالج أيضاً، مهارة تنظيم الجلسات، التي تعتبر من الأمور المهمة لنجاح العلاج المعرفي. على سبيل المثال، يقوم المعالج بتعزيز التعاون بين الزوجين، محاولاً منح فرص متساوية لتبادل الحديث، متدخلاً بشكل لائق ومناسب حينما يرى سيطرة طرف على مجريات الحوار، على أنه أمر مرفوض ولا يتناقض مع فكرة التعاطف والمساعدة (Schmaling et al., 1989).

ج) التدخل المهني المعرفي مع الأزواج:

يتمحور التدخل المهني المعرفي مع الأزواج حول السلوك، وعادة يكون هناك تنويع في عملية التركيز بين السلوكيات والمدارك، ذلك أن العلاقة بين طرفين (الزوجين) تدعو بإلحاح إلى إعطاء قدر من الاهتمام لجوانب المدارك وجوانب السلوك (Baucom et al., 1995). والخطوة الأولى في العلاج المعرفي تكمن في مساعدة الزوجين للتعرف على كيفية حدوث الخلل الوظيفي في عمليات التفكير، وهذا يتطلب من المعالج تقديم شرحاً موجزاً ومنطقياً لفلسفة النظرية المعرفية والعلاج المعرفي، والتي تقوم وبشكل أساس على أن شعور أحد الزوجين تجاه الآخر يتوقف على التفكير إزاء سلوكيات الطرف الآخر، والمعاني المصاحبة لذلك التفكير، وليس السلوك ذاته (Schmaling et al., 1989). فحينما تكون العلاقة متوترة بين الزوجين، فمن المتوقع أن يكون هناك سوء فهم مع سوء تقدير لسلوكيات ونوايا الطرفين أو أحدهما على الأقل. كما أن الأفكار السلبية ليست دائماً وفي كل الأحوال أفكاراً مشوهة أو محرفة، ولكن وفي علاج الأزواج يكون الزوجان في الغالب في حاجة إلى معرفة وتحديد جوانب العلاقة المتوترة، والتي سببها الأفكار والتقديرات التي يحملها الزوجين (Baucom et al., 1995).

ومن النقاط المهمة في التدخل المهني المعرفي مع الأزواج، الاستماع والإنصات من قبل المعالج للأفكار والمعتقدات الخاطئة التي يحملها الزوجين، ثم مساعدة الزوجين على تحديدها، ولعل السبب الأمثل لتعليم الزوجين مهارة تحديد الأفكار والمعتقدات الخاطئة أو المشوهة يبدأ من تكليف الزوجين بالتعرف على ردود الفعل العاطفية غير المحببة، ثم ربطها بمشاعر جاءت نتيجة مواقف محددة، سبق أن حدثت أو تعايشها الزوجان أو أحدهما. ثم تأتي الخطوة اللاحقة متمثلة في تحديد الفكرة التلقائية التي ربطت حدثاً محدداً برد فعل عاطفي محدد (Beck, 1988). وحينما يتوصل الزوجان إلى تحديد الأفكار التلقائية، يقوم المعالج بعملية تسمى "تصنيف الأفكار" وذلك بإدراج الأفكار تحت أحد أنواع الأفكار، المشوهة التي هي الرؤية الضيقة، والتفسير الاعتباطي، والتعميم القاطع، والفكرة المتصلبة، والنقد الشخصي، وقراءة الأفكار (لاحظ الجدول السابق). هذه التصنيفات من الأفكار يستخدمها المعالج وكأنها علم نماذج الشخصية typology لتعريف الأفكار المشوهة

والخاطئة، التي يقع فيها الأزواج، وتتسبب في خلق أفكار تلقائية غير صائبة. وعند الوصول إلى هذه المرحلة -مرحلة التعرف على الأفكار الخاطئة وتصنيفها- يستطيع المعالج مساعدة الزوجين على مقاومتها بالأفكار الصادقة والمعقولة. ولعل هذه المرحلة هي جوهر العلاج المعرفي، والتي بمقتضاها يستطيع الأزواج فيما بعد تنمية مهارات اختبار صدق أو تناسب مداركهم بطريقة منظمة (Baucom et al., 1995). وتجدر الإشارة هنا إلى أن المعالج ليس المسؤول الوحيد لمقاومة أفكار الزوجين، ولكن دوره يتمحور حول تعليم الزوجين كيفية مقاومة أفكارهم، وذلك من خلال تدريب الزوجين طرح سلسلة من التساؤلات على أنفسهم (Beck, 1988)، منها:

- ما هو الدليل المؤيد لتفسيراتي؟
- ما الدليل المضاد أو المناقض لتفسيراتي؟
- هل هناك تناسب منطقي بين تصرفات زوجي/ زوجتي وبين أفكاري إزاءها؟
- هل هناك تبرير بديل لسلوكيات زوجي/ زوجتي؟

أما الخطوة الأخيرة في مرحلة تصويب المدارك الخاطئة، فتتمثل في إحلال ردود فعل منطقية مكان الأفكار الخاطئة، وعادة يكون العملاء في هذه المرحلة في حاجة إلى خيارات بديلة من ردود الفعل المنطقية. على سبيل المثال الزوجة التي لديها فكرة "إن زوجي فوضوي وغير مرتب"، يمكن لها أن تتذكر الأوقات التي عمل فيها على تنظيم شؤونه أو شؤون الأسرة ككل، وبالتالي ستغير الزوجة عبارتها إلى "إن زوجي فوضوي وغير مرتب في بعض الأوقات"، أو ربما تتوصل إلى فكرة أخرى إزاء سلوكياته مثل "إن زوجي يكون فوضوياً وغير مرتب فقط حينما يكون لديه مشاغل وضغوطات عمل زائدة عن حدها، أو تكليف عمل إضافي -خارج فترات الدوام الرسمي". والهدف من هذه الخطوة -مرحلة التصويب- هي إيصال الزوجين إلى الوضع الذي يمكنهما من معالجة المدارك الخاطئة، التي تتمثل في حوارات داخلية -داخل النفس- لأجل الوصول إلى أفكار أكثر عقلانية. وتعد تقنية التصويب هذه، من أكثر تقنيات العلاج المعرفي فعالية لتصحيح الأفكار والتوصيفات والتوقعات الخاطئة والمشوهة (Kayser, 1997).

ومن تقنيات تصويب الأفكار غير المعقولة، ما يسمى "خطة التجارب السلوكية المستقبلية" والتي تقوم على جمع دلائل تعتمد على التفاعل المستقبلي، بدلاً من دلائل

الماضي التي سبق تناولها في الخطوة الأخيرة من مرحلة التصويب . في هذه التقنية يشرح المعالج للزوجين فكرة التفاعل مع التصور المستقبلي ، ثم يقوم المعالج بمراقبة النتائج . على سبيل المثال ، لو أن زوجة اشتكت من إهمال زوجها لمشاعرها التي تسعى دائماً إلى إظهارها أمامه ، فإن المعالج سيعرف من خلال تفاعل الزوجين أثناء الجلسات المشتركة بأن الزوج قادر على الاستماع والتعاطف ، ثم الاستجابة بشكل مناسب لمشاعر الزوجة . لذا سيتمكن المعالج من وضع "خطة التجارب السلوكية المستقبلية" التي تتضمن مشاعر الزوجة ، التي تظهرها بشكل يومي ، ثم رصد ردود فعل الزوج إزاءها . وفي الجلسة التالية تناقش نتائج الخطة ، لتكتشف الزوجة بأن ليس هناك إلاّ النزر اليسير من الأدلة المبرهنة على ما اعتقدته إزاء زوجها . وفي الحالات التي لا تنجح معها "خطة التجارب السلوكية المستقبلية" ، يركز النقاش على أسباب فشل الخطة ، ومن المؤكد أن الموقف سيتطلب تدخلاً مهنياً سلوكياً ، مثل تمارين المحاورة والنقاش الهادف (Kayser, 1997) .

في الغالب تكمن مشكلة التوصيفات لدى الطرفين أو أحدهما في هيمنتها فكرياً دونما مساحة أو اعتبار لأي شروحات أو خيارات بديلة . والخطوة المبدئية هنا تتمثل في كشف تلك الهيمنة أو النزعة ، بحيث يستطيع الزوجان تقييم التفسيرات الذاتية بشكل صحيح ، وعلى ذلك يكون دور المعالج طرح تساؤلات موجهة نحو الزوجين ، تدعو إلى التحاور حول جوهر المشكلة ومسبباتها ، والتي أثّرت على علاقاتهم ، ثم التفكير في التبريرات البديلة للموقف . على المعالج أن يظهر بأن التوصيفات التي حملها الزوجان في البداية ربما يكون لها تفسيراً مع الحدث ، ولكن يجب إعادة النظر فيها (التوصيفات) ، وما إذا كانت أكثر التبريرات معقولية . كما يقوم المعالج بسؤال الزوجين كيف ساهم كل من العوامل التالية في المشكلة : (1) البيئة والعوامل الخارجية . (2) سلوكيات كل من الطرفين . (3) تفسيرات أو تبريرات كل من الطرفين إزاء سلوكيات الآخر . (4) ردود الفعل العاطفية لكل من الطرفين . وهذه العملية ستساعد كلا الطرفين على فحص السبب الذي أثر على العلاقة بينهما . كما أن مهارة الممارسة عند تطبيق صدق التوصيفات ، وعند مساعدة الزوجين على اختبار صدق التوصيفات ، ربما يتيح الفرصة أمام الزوجين للوصول إلى تبريرات أخرى تكون أكثر منطقية ، وأكثر عقلانية (Baucom and Epstein, 1990) .

لقد أثبتت تجارب التدخل المهني المعرفي مع الأزواج أن أسلوب التفكير الخاطئ الذي ينتهجه الأفراد خلال حياتهم اليومية هو السبب في التأثير السلبي على العلاقة مع الطرف الآخر. كما يجب ألا يغيب عن البال ذلك النوع من الأفكار والافتراضات غير الصائبة، التي تكونت منذ وقت مبكر من العلاقة بين الأزواج، والتي تعد أصعب من غيرها عند التدخل المهني لتغييرها أو تصويبها، وبالتالي ربما يرى المعالج أنه بحاجة إلى تدخل مهني جديد أو مختلف لتصحيح تلك الأفكار. والكشف عن تلك الأنواع من الأفكار ربما يتحقق من خلال مقاييس مقننة ذات علاقة بمعتقدات الأزواج إزاء بعضهما. كما يمكن للمعالج أن يكتشفها من خلال نقاشات الزوجين فيما بينهما، وتحديداً حينما يكون النقاش مخصصاً للأفكار المشوهة أو المحرفة، وهنا تكمن مهارة المعالج المعرفي في التيقظ والكشف عن الأفكار والافتراضات الخاطئة، سواء لكلا الزوجين أو لأحدهما. ومهارات المعالج لا تتوقف عند نقطة الكشف، بل تمتد إلى مساعدة الزوجين إلى كشفها بشكل واضح لا تشويه فيه، وهو ما قد يستلزم كتابتها في ورقة، ثم تدوين آثارها أو نتائجها السلبية والإيجابية أيضاً -إن كان لها آثار ونتائج إيجابية (Baucom et al., 1995).

وتجدر الإشارة هنا إلى أن مساعدة الأزواج على تحديد ما يجب تغييره من الأفكار الخاطئة ليس بالأمر السهل، ومن النقاط الأساسية لتحقيق تدخل مهني معرفي فعّال بناء علاقة علاجية بين الأزواج تقوم على الاحترام المتبادل، والنقاش البنّاء، وكذلك تفهم وتقدير الأنظمة الفكرية التي لدى الطرف الآخر، خصوصاً عند مرحلة تعليم المعالج للزوجين الطرق البديلة للتفكير، التي ستدعم العلاقات بينهم. كما يفترض أن يؤكد المعالج للزوجين بأن التغييرات المعرفية ربما لا تكون مريحة بالنسبة لهم، وخصوصاً فيما يتعلق بالمستوى العاطفي لديهم، كما أن مشاعرهم سوف تتغير تدريجياً مع الممارسة، وكذلك مع تكرار المناقشات الهادفة والبنّاءة (Sperry and Carlson, 1991).

تعليق ختامي

لقد جاءت كثير من الدراسات الحقلية مؤكدة على فاعلية علاج الأزواج باستخدام أسلوب العلاج المعرفي. لقد أثبتت أكثر من ثمان دراسات بأن العلاج المعرفي قد احدث تغيراً إيجابياً، وتحسناً في العلاقة، وتكيفاً مع الحياة الزوجية بين الأزواج. كما

أثبتت بعض هذه الأبحاث أن دمج العلاج المعرفي مع العلاج السلوكي التقليدي قد اثبت أهليته في إحداث تغييرات سلوكية بين الأزواج . وزيادة على ذلك ، برهنت بعض من تلك الدراسات أن العلاج المعرفي قد اثبت جدارته في تعديل وتصويب التوقعات والمعايير والافتراضات الخاطئة التي يحملها أو يقع فيها الأزواج ، وتؤثر على العلاقة بينهما (Baucom et al., 1995) .

ومع تعدد نماذج التدخل المهني التي يمكن توظيفها في علاج الأزواج ، إلاّ أنه لم تثبت أفضلية نموذج على آخر ، حيث أثبتت دراسات كثيرة أن نماذج التدخل المهني ، والتي منها العلاج المعرفي ، جميعها فعّالة في مساعدة الأزواج . وفي مجال الممارسة والتطبيق ، أشار كثير من ممارسي علاج الأزواج إلى القصور النسبي الذي يعتري كل نموذج من نماذج التدخل المهني ، التي أمكن توظيفها في علاج الأزواج . كما لم تصل مرحلة التطور التي شهدها ويشهدها علاج الأزواج إلى توضيح متى؟ ومع من؟ يفترض في المعالج أن ينتقي هذا النموذج أو ذاك . ولعل الأبحاث الجارية الآن ، وأبحاث المستقبل تمكننا من معرفة آلية انتقاء نموذج التدخل المهني المفضل ، وذلك وفقاً لنوعية الأزواج ، ولطبيعة المشكلة والموقف (Kayser, 1997) . وعلى المرشدين الأسريين مسؤولية متابعة ما يستجد من دراسات في هذه المضمار ، إضافة إلى مسؤوليتهم في معرفة وتقدير قصور كل نموذج من نماذج التدخل المهني التي قدمتها الدراسات والأبحاث . كما لا يغيب عن بال المعالجين أن الأبحاث التجريبية في حقل علاج الأزواج لا تخلو أيضاً من القصور ، حيث أن غالبية الدراسات المنشورة قد طبقت على المجتمعات الغربية ، وتحديداً في الولايات المتحدة الأمريكية ، ومع أزواج من السلالة البيضاء . ما يجعل التعميم أمراً ليس بالمطمئن ، وخصوصاً في الوقت الراهن ، حيث مازلنا في حاجة إلى دراسات تجريبية تطبق علاج الأزواج ، باختلاف مداخلة العلاجية ، في مجتمعات شرقية ، ومع ثقافات وأعراق متنوعة .

كذلك تجدر الإشارة إلى أن المرشد الأسري في حاجة إلى توظيف العلاج الموجز brief treatment كمدخل علاجي عند تطبيقهم علاج الأزواج . وتكمن أهمية العلاج الموجز ومهارة استخدامه من قبل المعالج ، في أن الأزواج عادة يلجأون إلى مراكز العلاج أو الإرشاد الأسري في مراحل حرجة من العلاقة بينهما ، تسمى مرحلة الأزمة

time of crisis وهو ما يؤكد على مهارة الحضور والتيقظ في استخدام التدخل المهني بشكل منظم، وهو مبنيٌ على نموذج العلاج الموجز. كما أن المرشد الأسري في حاجة إلى ممارسة علاج الأزواج مع توظيف مداخل ونماذج علاجية أخرى، كالعلاج الواقعي، والعلاج العقلي السلوكي الوجداني، وغيرها من النماذج العلاجية الأخرى التي وردت في بعض فصول هذا الكتاب.

نقاط القوة ونقاط الضعف

أولاً/ نقاط القوة:

1 - يركز علاج الأزواج على الزوجين فقط، كفردين تقع بينهما مشكلة أو خلاف. وبالتالي يولي العلاج اهتماماً خاصاً لطريقة التعامل وعقد الجلسات وغير ذلك من إجراءات العمل المنظم مع الزوجين، على خلاف أساليب العلاج الأخرى التي تركز على العمل مع الأفراد أو الجماعات بشكل عام. هذا الاهتمام سيكون له مردوده الإيجابي تجاه فاعلية الممارسة من جانب، وتطوير علاج الأزواج وإجراءاته من جانب آخر.

2 - رغم حداثة علاج الأزواج، إلاّ أنه يتطور بشكل مطرد، مع خصوصية تميزه عن العلاج الأسري والعمل مع الأسر اللذين نشئا في أحضانهما. يدلل على ذلك وجود متخصصين ومراكز علاج متخصصة في علاج الأزواج في المجتمعات الغربية.

ثانياً/ نقاط الضعف:

1 - هناك محاذير كثيرة تكتنف استخدام علاج الأزواج وخصوصاً في المجتمعات الشرقية، حيث مكانة المرأة تختلف عما هي عليه في المجتمعات الغربية، وبالتالي حينما يكون المعالج ذكراً فسيواجه صعوبة في التعامل مع الزوجات، وتحديداً فيما يتعلق بالجلسات المنفردة، وكذلك الحال حينما تكون المعالجة أنثى، حيث ستجد صعوبة في تعديل أفكار أو سلوكيات الأزواج الذين قد يأخذون ذلك على أنه محاباة أو تعاطفاً مع الزوجة على أنها في موقف الضعيف. بل إن بعض الأزواج في المجتمعات الشرقية على وجه التحديد، ربما يصطدمون مع المعالجة متى كانت أنثى من منطلق مفهوم

القوة والرجولة .

2 - هناك أكثر من مدخل علاجي يمكن توظيفه مع علاج الأزواج ، والتي منها العلاج المعرفي الذي تم تناوله هنا ، وبالتالي فإن تعدد المداخل سيضع المعالجين في حيرة حول انتقاء الأمثل ، ووفقاً للمشكلات ولاختلاف الثقافات ، فضلاً عن أن الأبحاث لا تزال سارية حول أي المداخل أفضل ومع أي المشكلات ، الأمر الذي قد يؤدي إلى وضع العملاء في مواقف سيئة أو حرجة أحياناً ، وربما يضع المعالجين في مواقف غير أخلاقية ، من حيث فكرة "التجريب" كعمل اجتهادي يقوم المعالج به من خلال عملية الانتقاء من بين الأساليب أو المداخل العلاجية المتعددة ، ومدى تناسبها مع الموقف والعميل والثقافة التي تمارس في إطارها .

3 - تعاني الكثير من المجتمعات -الغربية والشرقية- من تنوع المشكلات الأسرية وعلى رأسها المشكلات التي تقع بين الزوجين وتؤدي إلى الانفصال أو الطلاق ، ووجود علاج متخصص (علاج الأزواج) سيساعد على الحد من هذه المشكلات التي تهدد مكانة الأسرة ، سعياً للحفاظ على قوة الأسرة ومكانتها الكبيرة في تربية النشء الذي هو أساس بناء المجتمع وكيانه .

المراجع

-Baucom, D. and Epstein, N. (1990) . Cognitive-behavioral marital therapy. New York: Brunner/Mazel.

- Baucom, D., Epstein, N., Rankin, L. (1995). Cognitive aspects of cognitive-behavioral marital therapy. In N. Jacobson and A. Gurman (eds.), Clinical handbook of couple therapy (pp. 65-90). New York: Guilford.

-Beck, A.. (988). Love is never enough. New York: Harper and Row.

-Broderick, C. and Schrader, S.. (1991). The history of professional marriage and family therapy. In A. Gurman and D. Kniskern (eds). Handbook of family therapy (Vol. 2, pp. 3-40). New York: Brunner/Mazel.

-Hiebert, W. and Gillespie, J.. (1984). The initial interview. In R. Stahmann and W. Hiebert (eds). Counseling in marital and sexual problems: A clinician's handbook (pp. 17-34). Lexington, MA: Lexington Books.

-Kayser, K. (1997). Couples therapy. In J. Brandell (ed). Theory and practice in clinical social work. New York: The Free Press.

-LoPiccolo, J. and Daiss, S.) 1987 . (Assessment of sexual dysfunction. In K. O'Leary (ed). Assessment of marital discord: An integration for research and clinical practice (pp. 183-221). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

-McGoldrick, M. and Gerson, R. (1985). Genograms in family assessment. New York: Norton.

-O'Leary, K. and Arias, I.(1987). Marital assessment in clinical practice. In K. O'Leary (ed). Assessment of marital discord: An integration for research and clinical practice (pp. 287-308). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Schmaling, K., Fruzzetti, A. and Jacobson, N. (1989) Marital problems. In K. Hawton, P. Salkovskis, J Kirk, and D. Clark (eds). Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical duide (pp. 339-369). Oxford: Oxford University Press.

- Sperry L. and Carlson, J. (1991). Marital therapy: Integrating theory and technique. USA: Love Publishing Company.

3

الفصل الثالث

العلاج الأسري

- الجذور التاريخية .
- مدخل .
- أهداف العلاج الأسري .
- نماذج العلاج الأسري .
- العلاج الأسري الأدلري .
- تعليق ختامي .
- نقاط القوة ونقاط الضعف .

"في جدلية علم النفس ، الذات أصبحت ذاتاً بالفضيلة ، على أنها مركزاً لشيء ما . شيئاً فشيئاً ترسخت الذات بفعل وجود الآخرين ، وهذا ليس مفهوماً جديداً ، ولكنه اللغز الحقيقي" Boszormenyi-Nagy (1965)

الجذور التاريخية

نشأ العلاج الأسري family therapy في منتصف العقد العشرين (1950م) وذلك نتيجة تفاعل عدة عوامل من أهمها تحديات التنمية في تلك الحقبة من الزمن . ويمكن تصنيف العلاج الأسري على أنه علاج ديناميكي ؛ تحول من أفكار هدفها زيادة الرفاهية الإنسانية ، إلى نموذج للممارسة الواقعية ذي طابع علمي ، كما ظهر ذلك بشكل واضح في العلوم الاجتماعية تحديداً ، وذلك خلال النصف الثاني من القرن العشرين . هذا التحول في كيان العلاج الأسري ، جعله يركز على الظروف والعلاقات والمحيط الأسري . ثم تأثر العلاج الأسري كغيره من النماذج العلاجية الأخرى بالتطورات العلمية ، فمن أبرز المعارف والنظريات التي أثرت في العلاج الأسري ، النظريات العامة للإنسان ، وعلم التحكم والاتصال ، وعلم البيئة والبنائية الاجتماعية . كل من هذه الاتجاهات العلمية ، أسهمت في ربط حلقات نموذج العلاج الأسري ، الذي تشكل ليربط بين الإنسان ومحيطة الاجتماعي . ومن هذا المنظور أخذ العلاج الأسري في التطور في مجال الأبحاث ، وفي مجال الممارسة كأسلوب علاجي فريد (Hartman, 1995) .

في العلوم الاجتماعية ينظر إلى البشر على أنهم أنساق مفتوحة ، يتشكلون ويشكلون في بناء الحياة ، وذلك خلال تفاعلاتهم الاجتماعية والبيئية الطبيعية (Hartman and Laird, 1987) . ومع أن العلاج الأسري لم يبدأ إلاّ في الخمسينيات من القرن العشرين ، إلاّ أن ذلك كان على يد متخصصين من غير المهنيين في الخدمة الاجتماعية ، ولكن يعتبر "ستشيرز" Scherz من أوائل مؤسسي العلاج الأسري من الأخصائيين الاجتماعيين ، إضافة إلى "اكيرمان" Ackerman و "مينوتشين" Minuchin و "هارتمان و لايرد" Hartman and Laird (Meyer, 1987) .

خلال الثمانينيات الميلادية من القرن العشرين ، كان هناك عدد من الأخصائيين الاجتماعيين المساهمين في حقل العلاج الأسري ، سواء بالكتابة ، أو البحث ، أو

التدريب، أمثال: "هوفمان" Lynn Hoffman و "بيجي باب" Peggy Papp و "ماك جولدريك" Monica McGoldrick وغيرهم ممن انظموا إلى عضوية الجمعية الأمريكية للعلاج الأسري (AFTA)، وعضوية الجمعية الأمريكية للعلاج الزواجي والأسري (AAMFT) حتى أنهم عرفوا كمعالجين أسريين، وليس كأخصائيين اجتماعيين (Hartman and Laird, 1987).

أمتاز العلاج الأسري بسرعة الانتشار، حيث أخذ فكراً خاصاً في النظر إلى المشكلات الاجتماعية، ومعنىً منفرداً في الممارسة المهنية، إلى أن نال حيزاً في العملية التعليمية، في مدارس الخدمة الاجتماعية (Hartman and Laird, 1987). والعلاج الأسري يصور الأسرة في شكل ترابط منطقي، تشرحه مفاهيم واضحة ومكملة لبعضها، ففي بداياته تجاوز العلاج الأسري عدم احتوائه على نظرية علمية محددة، يمكن أن تقود الممارسة المهنية، أو حتى تقنيات علاجية خاصة، مما كان إيجابياً لتطور العلاج، إذ ساهم ذلك في إيجاد مناخ صحي للمناقشات والكتابات حول العلاج الأسري من الناحية النظرية، والبحثية، وتقنيه الممارسة المتزامنة مع تطورات ممارسة الخدمة الاجتماعية بشكل عام (Hartman and Larid, 1987).

مدخل

من الموضوعات الشائعة والمهمة في العلاج الأسري أن السلوك الإنساني ليس بالضرورة نتاج شخصية الإنسان، وترسباتها التاريخية، وإنما قد تعود إلى عملية التفاعل بين الأفراد وبيئاتهم، والتي منها الأسرة. وقد اختلفت نماذج العلاج الأسري من حيث الاستغراق في الماضي من عدمه، بمعنى هل ينظر إلى سلوك الفرد في ضوء محتويات التاريخ الأسري، أم في ضوء الوقت الراهن فقط. وينظر العلاج الأسري إلى السلوك الفردي الخاطئ أو المرضي على أنه نتيجة خلل في البناء الأسري، أو في الاتصال، أو في التنظيم الأسري. لذا نجد العلاج الأسري استخدم ويستخدم في حقول أخرى، كالطب النفسي، وعلم النفس الإكلينيكي، وهو ما ساهم في تطوره المطرد. ومع تباين نماذج العلاج الأسري وتعددها يمتاز العلاج الأسري بالتشابه في خصائصه العامة. يورد "هارتمان و لايرد" (Hartman and Laird, 1987) بعض الخصائص والاعتبارات العامة التي تميز العلاج الأسري عن غيره من أساليب العلاج الأخرى، فمن هذه الخصائص والاعتبارات ما يلي:

(أ) المعالج لا يغير الفرد أو الأسرة. كل ما على المعالج هو خلق مناخ، يمكّن الأسرة من اختيار عملية التغيير، ثم المبادرة في صياغة بناء أسري واقعي جديد.

(ب) هناك حد أدنى من الخصائص التي يجب توافرها في الممارس للعلاج الأسري، كالانفتاح على الآخرين، والنشاط، والحيوية في العمل، والمشاركة من خلال التعامل الإيجابي مع الآخرين.

(ج) يتطلب العلاج الأسري غرفة خاصة لعقد الجلسات، على أن تتوفر فيها وسائل مساعدة على الملاحظة الدقيقة للممارس المهني.

(د) لا يوجد للأسرة حدود واضحة، فهي نسق مفتوح وشامل. وعلى ذلك فالعلاج الأسري، يمكن أن يشمل أي أشخاص آخرين لهم تأثير على الأسرة، حيث يمكن للعلاج الأسري أن يضم أربعين شخصاً أو أكثر.

(هـ) من الاعتبارات المهمة والأساسية في العلاج الأسري الأساس البيئي للأسرة، الذي يفترض أن يكون محل اهتمام المعالج، سواء خلال علمية التقدير، أو أثناء التدخل المهني، بحيث ينظر إلى ذلك من خلال مدى تماشي الأسرة مع ما يحيط بها من عدمه. ويكون تدخل الممارس المهني من خلال ممارسته لدور المكتشف، ودور المنسق، ودور المدافع عن حاجات الأسرة وأفرادها.

(و) انضمام الأسرة بكاملها إلى العلاج الأسري وبدون تخلف بما في ذلك الأطفال يعد عاملاً مساعداً على نجاح العلاج الأسري.

(ز) الوضوح والالتزام، من المبادئ المهمة في العلاج الأسري. وللممارس المهني أن يعمل وثيقة تعاقد بينه وبين الأسرة، تتضمن الهدف من العلاج، والمشاركين في الجلسات، وعدد الجلسات، وزمن ومدة كل جلسة، ومكان الجلسات، إضافة إلى بعض الأمور الأخرى ذات العلاقة.

(ح) هناك بعض الاعتبارات العامة التي ينبغي على المعالج طرحها ومناقشتها والاتفاق عليها خلال الجلسة الأولى، كخطوات إجراء التغييرات، وأداء المهمات، والسرية، وإمكانية التعامل الفردي بين المعالج وأحد أعضاء الأسرة، وطرق الاتصال بين أعضاء الأسرة وبعضهم، وبينهم وبين المعالج، إلى غير ذلك من الأمور.

والعلاج الأسري ليس شرطاً أن ينطلق من مشكلات محددة وواضحة، إذ تتضمن بعض نماذج العلاج الأسري استخدامه في عمليات التوجيه والإرشاد الأسري، الهادف إلى تحسين الأوضاع الأسرية، أو تفعيلها. إلاّ أن الشائع من نماذج العلاج الأسري تناول مشكلات محددة، ربما تتشابه بين المجتمعات مع اختلاف الثقافات. ومن المشكلات الأسرية الشائعة على مستوى العالم:

1- سوء التوافق بين الزوجين.

2- اضطرابات العلاقات بين الزوجين والأبناء.

3- الخيانة الزوجية.

4- مشكلة تنظيم النسل.

5- المشكلات الناجمة عن عمل الزوجة.

6- التنشئة الاجتماعية الخاطئة للأبناء.

7- المشكلات الاقتصادية أو المادية.

8- تدخل الأقارب أو غيرهم في شؤون الأسرة.

9- الانشقاق والاختلاف الدائم بين الأبناء.

10- الخلافات والنزاعات الناتجة عن عامل الغيرة، أو عن تعدد الزوجات.

أهداف العلاج الأسري

يختلف الهدف من العلاج الأسري وفقاً لطبيعة المشكلة التي تعاني منها الأسرة، كما يساهم النموذج العلاجي الذي سيمارس في تشكيل الهدف من التدخل المهني، بالإضافة إلى ذلك كله هناك أهداف مباشرة، وأهداف غير مباشرة، وقد يكون هناك أهداف آنية وأهداف مستقبلية. وبالإجمال يهدف العلاج الأسري في الغالب إلى:

1- مساعدة الأسرة على تحقيق التوازن والانسجام في العلاقات بين أفراد الأسرة، وبين الأسرة ككل والبيئة أو المحيط الاجتماعي.

2- استكشاف الخلل الوظيفي في البناء الأسري، سواء كان الخلل اجتماعي، أو النفسي، أو الاقتصادي.

3- المحافظة على وحدة الأسرة وكيانها، وتنمية روح الجماعة الأسرية.

4- خلق مناخ مناسب لإحداث تغييرات في أنماط الاتصال، بما يساعد الأسرة على حل مشكلاتها الذاتية أو البيئية.

5- تقوية القيم الإيجابية لدى الأسرة، وإضعاف قيم السلبية والتنافر بين الأعضاء.

6- مساعدة الأسرة على خلق جو مليء بالأمان والاستقرار، يحقق النمو الذاتي السليم، والفاعلية في أداء الأدوار والوظائف.

7- مساعدة أفراد الأسرة على حل المشكلات، واتخاذ قراراتهم المناسبة، حول الحاضر والمستقبل.

8- إتاحة الفرصة للأسرة لأجل اكتشاف نقاط الضعف في النسق الأسري، أو الخلل الوظيفي في البناء الأسري، ثم المبادرة والتحرك لأجل التغير أو الإصلاح.

نماذج العلاج الأسري

هناك خلاف في التوجهات نحو العلاج الأسري من لدن الممارسين المهنيين. البعض يحبذ التقيد بمدرسة محددة خلال ممارسة العلاج الأسري، في حين أن البعض الآخر يحبذ عملية الانتقاء. كما أن هناك اختلاف في هدف التدخل المهني، كتصحيح الأعراض المرضية، أو إحداث تغيير في الفرد والأسرة. إضافة إلى الاختلاف فيما يتعلق بطول فترة العلاج، ثم في عدد أعضاء الأسرة الذين يفترض ضمهم في العملية العلاجية (Hartman and Laird, 1987). وهذه الاختلافات في الرؤى، تُعزى إلى تعدد نماذج العلاج المستخدم في العلاج الأسري، والتي من أبرزها:

أولاً/ العلاج الأسري البنائي:

ظهر نموذج العلاج الأسري البنائيstructured family therapy بعد عقدين تقريباً من نشوء العلاج الأسري، على يد "سلفادور مينوشن" S. Minuchin الذي اكتشف من خلال عمله مع الأطفال الجانحين، أن البناء الأسري وعلاقته بالبيئة هو المحدد للعلاقات الأسرية. وعلى ذلك يقوم التدخل المهني على مساعدة الأسرة على فهم كيفية تطوير القواعد والأدوار الأسرية بينهم كأعضاء، ثم بينهم كأسرة وبين الأسر الأخرى في المحيط الاجتماعي (Barker, 2003).

ثانياً/ العلاج الأسري النسقي:

يعتمد العلاج الأسري النسقي أو علاج الأنساق الأسرية family system therapy على جوهر العلاقات بين أفراد الأسرة، على أنه الميدان والنقطة الذي تبدأ من خلاله علميات التغيير. ويعد هذا النموذج من النماذج المبكرة والشائعة، وقد أسسه "موراي بوين" M. Bowen حينما كان يدرس طبيعة الاندماج والاقتران لدى الأسرة متعددة الأجيال (Walsh, 1997).

ثالثاً/ العلاج الأسري الاستراتيجي:

يقوم العلاج الأسري الاستراتيجي strategic family therapy على مبدأ مساعدة الأسرة على إيقاف تبادل العلاقات المسببة للأعراض السلوكية الواقعة. وعلى ذلك يقوم المعالج برسم تدخل مهني لحل مشكلات عدة. على أن ذلك يتطلب من النظام الأسري تغيير جميع التفاعلات الأخرى. وقد ساهم في بلورة هذا النموذج العلاجي "جي هيلي" J. Hley (Barker, 2003).

رابعاً/ العلاج الأسري النفسي الدينامي:

يرتبط العلاج الأسري النفسي الدينامي psychodynamic family therapy بنظرية العلاقات الدافعة وبعلم النفس التحليلي، التي ترى بأن علاقة الشخص بالآخرين تعتمد وبشكل أساس على العلاقات المبكرة لذلك الإنسان مع والدية (Walsh, 1997). وفي العلاج الأسري يُنظر إلى الشخص ذي العلاقات المضطربة مع أسرته، على أنه حامل لمرض العلاقات الفاشلة، من أسرته الأصلية (والديه)، إلى أسرته الجديدة (زوجته وأولاده) ويتركز العلاج على العلاقة المضطربة الأصلية.

خامساً/ العلاج الأسري المتطور:

يعود العلاج الأسري المتطور أو ما بعد الحديث postmodern family therapy في جذوره إلى أكثر من نموذج علاجي كالاستراتيجي والنسقي، إلاّ أنه ينفرد باعتماده على الاستدلال والاستنتاج والشرح المبني على رؤية واقعية. ومحور هذا النموذج الحديث هو إعادة تركز الاهتمام نحو الحلول والعمليات الداعمة لها بجانب احتمالات المستقبل، بدلاً من التركيز على المشكلة وطبيعتها. ويكون دور المعالج البحث عن

حلول سبق أن ثبتت فاعليتها في مواقف سابقة لتجريب احتمالية جدواها في الوقت الحالي وفي المستقبل (Walsh and Grosser, 2000) .

سادساً/ العلاج الأسري التجريبي:

يقوم العلاج الأسري التجريبي experiential family therapy على مسألة الاختيار، والحرية، وتقرير الفرد لمصيره، والنمو، والواقعية. ويرتكز العلاج على معنى (هنا والآن) خلال التفاعل بين الأسرة والمعالج، عوضاً عن اكتشاف الخبرات أو الأحداث الماضية. أسس هذا الأسلوب العلاجي "كارل وايتكير" C. Whitaker (Walsh, 1997) .

سابعاً/ العلاج الأسري ذو الأجيال المتعددة:

يرتبط العلاج الأسري ذو الأجيال المتعددة multigenerational family therapy بعلاج الأنساق الأسرية المستمد من نظرية التوظيف الأسري أو ما يسمى بالنظرية البوينية نسبة إلى Murray Bowen. هذا الاتجاه العلاجي يرى بأن الأسرة تفهم بشكل صحيح بواسطة تحليل ثلاثة أجيال متعاقبة على الأقل، كما أن التنبؤ بطبيعة العلاقات يقوم على ذلك التحليل، وبالتالي فالعلاج يشير إلى أن المشكلات الفردية تفهم من خلال وظيفة الأسرة كوحدة عاطفية واحدة (Hartman, 1995) .

ثامناً/ العلاج الأسري النفسي التربوي:

يقوم العلاج الأسري النفسي التربوي psychoeducational family therapy على الممارسة الخاصة مع الأوضاع الأسرية التي تعاني من الاضطرابات الجسمية المزمنة، وكذلك الأمراض العقلية المزمنة مثل مرض الفصام، كما يستخدم العلاج أيضاً مع التحديات الجديدة التي تواجه الأسر مثل الطلاق، وتكرار الزواج، وضغوطات فقدان الوظيفة أو العمل. ويعتمد هذا اللون من العلاج على تربية الأسرة، ومساعدتها على تجاوز الأزمات، وإعادة التكيف مع الظروف غير القابلة للتعديل. كما شاع ممارسة العلاج الأسري النفسي التربوي في المستشفيات العامة والنفسية (Rolland, 1994) .

تاسعاً/ العلاج الأسري السلوكي:

يعتمد العلاج الأسري السلوكي behavioral family therapy على النظرية السلوكية ونظريات التعلم التقليدية. ويرتكز العلاج على أدوار الأسرة، وعمليات المحادثة والتحاور بين أعضاء الأسرة، على أن السلوك الاجتماعي متعلم وبالتالي يمكن تعديله أو تغييره. وعلى ذلك يتمحور دور المعالج حول مساعدة أعضاء الأسرة على الوعي بتأثير السلوك وكيفية تعديله إلى الأفضل (Walsh, 1997).

عاشراً/ العلاج الأسري الأدلري:

يرجع العلاج الأسري الأدلري Adlerian family therapy إلى "الفريد أدلر" A. Adler ويرى بأن الإنسان يعمل على تحقيق أهدافه، بفعل اهتماماته الاجتماعية. وعلى ذلك يتمحور العلاج حول تنمية الاهتمامات الاجتماعية لدى الناس، ليكونوا قادرين على العيش والتفاعل السليم (Bitter et al., 1998). وهذا الأسلوب العلاجي هو ما سيناقش باستفاضة في الصفحات القادمة من هذا الفصل.

الخصائص المشتركة بين نماذج العلاج السابقة:

(1) أغلب نماذج العلاج الأسري ترى بأن السلوك ارتباطي، يجيء نتيجة علاقة بالغة التعقيد بين الناس وبيئاتهم، وهو ما يتطابق مع منظور الفرد في الموقف person-in-situation في الوقت الذي يؤكد فيه على أن الأسرة جزء من البيئة أو المحيط الاجتماعي.

(2) أن الأسرة عبارة عن نظام اجتماعي مفتوح الحدود، إلاّ أنها تختلف في بعض النقاط التفصيلية حول هذه الخاصية.

(3) أن الأسرة هي العميل. بمعنى أن النظرة إلى الأسرة كوحدة أو كيان قائم هي الأساس، وليس الفرد، أو الأجزاء الفرعية من الأسرة.

(4) بغض النظر عن الأدوار التي يمارسها المعالج، والتي قد تختلف من نموذج علاجي لآخر، ومن أسرة لأخرى، التغير إلى الأفضل لابد وأن يتم بواسطة الأسرة.

(5) تبادل الأسئلة، ولعب الأدوار، والحوارات البسيطة، من الأدوات المستخدمة في جلسات العلاج الأسري.

(6) إعطاء الأسرة خبرات جديدة، من الوسائل المهمة في نماذج العلاج الأسري، وذلك من خلال تكليف الأسرة أداء مهمات خارج جلسات العلاج الأسري، ثم التحقق من فائدة ذلك، من خلال النظر إلى ما تحققه الأسرة، أو ما يطرأ على الأسرة من تغير، خلال الفترة الزمنية الواقعة بين جلسات العلاج. ويعتبر تطوير المهمات، أو الأدوار التقليدية، من بين تلك الوسائل الفعّالة.

العلاج الأسري الأدلري

يعتبر "الفرد أدلر"[1] Alfred Adler من المعالجين النفسيين الأوائل الذين طبقوا العلاج الأسري في العصر الحديث. فبعد الحرب العالمية الأولى أسس "أدلر" أكثر من ثلاثين عيادة إرشادية للأطفال في فينا بالنمسا، حيث كان يمارس فيها جلسات العلاج بأسلوب "النقاش المفتوح" وذلك قبل أن ينطلق ليمارس ذلك الأسلوب مع الآباء والمدرسين، وأعضاء المجتمع الآخرين، إلاّ أن هذه العيادات أزيلت جميعها وبدون استثناء، بواسطة حزب القائد السياسي النازي "أدولف هتلر" قبل عام 1934م (Christensen, 1993). وبعد الاستقرار الذي ساد العالم بعد الحرب العالمية الأولى، قام "رودولف دريكورس" بنقل التجربة إلى الولايات المتحدة الأمريكية، تحت ما سمي بمراكز تربية وتعليم الأسرة، حيث كان "رودولف" يستفيد ويطور الأعمال المبكرة التي قدمها "أدلر" في الإرشاد الأسري، فقد طور أساليب وتقنيات المقابلات، كما عرّف ووصف سوء سلوكيات الأطفال، كاشفاً النقاب عن عمليات السلوك الخفي، والذي كان طريقه إلى تقديم ما عرف باللاإرادية لدى الأطفال (Sherman and Dinkmeyer, 1987).

في العلاج الأسري الأدلري من المتوقع أن يكون هناك جمود أو فتور متكرر من قبل أعضاء الأسرة، كما يتوقع أن يحدث تفاعلات سلبية نتيجة خطأ في فهم الأهداف الموضوعة سلفاً لتحفيز أعضاء الأسرة على المشاركة والتفاعل الإيجابي الموجه، إضافة إلى ذلك ربما تحدث التفاعلات السلبية نتيجة الخلط بين الجائز وغير الجائز، والخلط بين الصراحة والوقاحة في القول والتعبير. وفي الغالب أيضاً تعكس مشكلة كل أسرة -وإن انفردت في طبيعتها- طبيعة وأشكال المشكلات الموجودة في المجتمع. وتشير تجارب ممارسة العلاج الأسري الأدلري إلى استخداماته الشائعة في عيادات

وجلسات خاصة، بالإضافة إلى استخدام النموذج التربوي والتوعوي لتوجيه وإرشاد الأسر بواسطة "النقاش المفتوح" (Sherman and Dinkmeyer, 1987).

المفاهيم الأساسية التي قدمها العلاج الأسري الأدلري:

ينظر العلاج الأسري الأدلري إلى الكائن البشري على أنه: -1- ذو ماهية اجتماعية -2- ذو هدف وغاية -3- ذاتي وليس موضوعي في تفسيره لمعاني الحياة. ويذهب العلاج الأدلري إلى أن هذه الصفات لم تتكون بمحض الصدفة، وإنما هي متطلبات ولو بشكل جزئي أو نسبي ومنذ اللحظة الأولى من الولادة. فبدون التنشئة الاجتماعية والجسمية والعاطفية لن يستطيع الطفل البقاء على قيد الحياة، وفي المقابل وفي رحاب الأسرة، ينمو الأطفال وبشكل سريع فيصبحوا أعضاء في أسرهم ويشعروا بالانتماء للأسرة مدركين نظام الأسرة، فيتصرفون في شكل متسق مع صفة الذاتية التي تشربوها من تجاربهم الخاصة في الحياة والتي تقودهم في كثير من الأحيان إلى التفسير الخاطئ لمعاني الحياة (Sherman and Dinkmeyer, 1987).

في المعتاد يكون الوالدان هم القادة الطبيعيون للأسرة، فهما أكبر من الأعضاء الآخرين، وهم بالتالي أوفر خبرة من غيرهما، كما أنهما ومن المنظور الاجتماعي الوصيان على الجيل اللاحق، وخصوصاً فيما يتعلق بنقل أسس وركائز التربية والتنشئة. وتشير التغيرات الحديثة للمجتمعات بأن الأطفال أصبحوا يمتلكون تأثيراً أكبر عن ذي قبل، سواء التأثير في كيان الأسرة وتفاعلها، أو حتى أبعد من ذلك كالتأثير في سلوك الكبار، بما في ذلك الوالدين، والذي ربما يعود إلى ضعف استعداد الوالدين لمهام وأدوار ووظائف الأبوية. وقد قدم العلاج الأسري الأدلري ثلاثة مفاهيم أساسية هي الجو الأسري، والتآلف الأسري، والأهداف الخاطئة من المنظور الدينامي.

أ) الجو الأسري:

تعد العلاقات بين أعضاء الأسرة الأساس في تشكيل الجو الأسري، ذلك أن الأسرة تمثل نظاماً متكاملاً يلعب كل عضو فيه دوراً فاعلاً من خلال التأثير في عضو أو أكثر من أعضاء الأسرة، وهو ما يجسد الكيفية التي يتعامل بها كل عضو مع الآخر، ثم يتمخض عن ذلك الجو الأسري مستوى التفاعل وأسلوبه، وبالتالي يكون لكل أسرة

جوها الخاص الذي رسمته التفاعلات بين أعضائها، وخصوصاً التفاعل بين الوالدين الذين يكونان بمثابة المشرعين لطريقة وأسلوب التفاعل بين الأعضاء. إن العلاقة بين الوالدين تمثل النموذج لأسلوب العلاقة بين الجنسين (ذكر - أنثى) بالإضافة إلى ذلك ترسم علاقة الوالدين للأعضاء الآخرين كيفية العمل والمساهمة في الحياة العامة، وكذلك طريقة التآلف ومصاحبة الآخرين (Sherman and Dinkmeyer, 1987).

يتعلم الأطفال من خلال الخبرة لنماذج الوالدين، سواء كانت نماذج إيجابية كالاستمتاع والحب والتسامح، أو نماذج سلبية كالعداء والتحدي والتخويف. ويقدم العلاج الأسري الأدلري مفهوم "القيمة الأسرية" التي تلعب دوراً مهماً في تربية الأطفال وتنشئتهم على الحياة الأسرية بشكل لا يمكن إغفاله أو الاستهانة به، بحيث يتقيد به كل طفل على أنه نظام أسري مفروض، خصوصاً حينما يؤكد على القيمة الأسرية لكلا الوالدين وبشكل متناسق. وقيم الأسرة عادة تتمحور حول موضوعات رئيسة في حياة الأسرة كالتربية والتعليم والدين والمال والانجاز والصواب والخطأ (Christensen, 1993).

إن كل فرد من أفراد الأسرة يتعلم من الجو الأسري أشياء كثيرة ذات علاقة بالحياة داخل النظام الأسري، كطرق النقاش والمحاورة، بالإضافة إلى أشياء أخرى ذات علاقة بالحياة العامة خارج النظام الأسري.

ب) التآلف الأسري:

يؤكد "أدلر" في الكثير من مؤلفاته بأن نظام التآلف الأسري يتكون عادة من الوالدين والأطفال وربما أعضاء آخرين في الأسرة. كما قدم "أدلر" خمس رتب أسرية مبنية على العمر أو الكبر ووضعها في شكل متدرج هي: (1) الأكبر سناً (2) التالي للأكبر سناً (3) المتوسط (4) الأصغر من المتوسط (5) الأصغر سناً. هذه الرتب الخمسة تمنح الطفل موقعاً متميزاً لرؤية وفهم العالم المحيط من خلال ما يعطيه الطفل من معنى وتفسير لذلك الموقع أو تلك الرتبة التي يشغلها حسب سنة، وعلى ذلك يعتبر التاريخ الميلادي لكل عضو من أعضاء الأسرة شيئاً فريداً، مثلما أنه حدد تحديداً فريداً. بناءً على ما سبق يكون دور المعالج الأدلري توجيه أعضاء الأسرة نحو التآلف الأسري، كوصفة توضح كيف يجد كل عضو مكانه الصحيح في النظام الأسري، وكيف يتواصل الطفل مع

والديه أو الوصي عليه وكذلك مع الأعضاء الآخرين. كما أن من مهام المعالج وصف كيفية تواصل الأبناء، وكيفية تحديد الابن -كعضو- لذاته فيما يتعلق بالأبناء الآخرين كأعضاء. وهذه المهام تنطوي عليها معرفة من هو الأكثر اختلافاً عن الآخر؟ ومن هم الأبناء الأكثر انحيازاً لبعضهم؟ وضد من؟ وأي الأبوين أكثر انحيازاً للأبناء؟ وأي الأبناء أقل حضوه من قبل الأبوين؟ وكيف كل ابن يظهر قيم الأسرة، سواء في المحاورة والنقاش في نطاق الجو الأسري، أو في الالتزام بالثقافة وتعاليمها، أو في تقدير الفروقات العمرية والجنسية داخل الأسرة، أو في احترام متطلبات المدرسة والمجتمع ككل (Sherman and Dinkmeyer, 1987).

وللكشف عن التآلف الأسري يبدأ المعالج بطرح سؤال نحو الوالدين يتطلب شرح كل طفل وكل عضو من أعضاء الأسرة على حده. شرح الوالدين يُظهر في الغالب تأثيرات متطلبات المنزلة أو المكانة القائمة على العمر، وكذلك الطرق الخاصة التي يتكيف معها الطفل، سواء في القبول والتعاطي مع ما يعد مهماً بالنسبة للوالدين، أو في رفض ومقاومة ذلك. وفي دراسة هذا الجانب المهم يستخدم كثير من المعالجين شجرة الأسرة أو خارطة الأسرة (لاحظ الفصل الثالث لتوضيح أحد أشكال خارطة الأسرة) الحالية بالإضافة إلى الجيلين السابقين للأسرة موضوع الدراسة. وللحصول على صورة واضحة حول موقف الأسرة، يقوم المعالج بتكليف أعضاء الأسرة بتقديم ثلاث صفات خُلقية -لا خلقية- لكل عضو ورد اسمه في الخارطة. وتعد هذه المهمة ضرورية خصوصاً للعضو الذي يعاني من متاعب أو صعوبات، حتى ولو كان طفلاً. وتعتبر خارطة الأسرة من الوسائل المهمة في العلاج الأدلري، ولكثرة نماذجها بين المعالجين ينبغي التأكيد على أهمية ما تحمله الخارطة من معاني ووصف لطبيعة العلاقات بين الأعضاء، بغض النظر عن شكل الخارطة أو النموذج المتبع في عملية الرسم، وعادة يمتد التفسير وتزداد الشروحات كلما كثر وزاد عدد أعضاء الأسرة (Sherman and Dinkmeyer, 1987).

ج) الأهداف الخاطئة من المنظور الدينامي:

في العلاج الأسري الأدلري ينبغي التفريق بين أهداف الحياة المرصودة لتطوير نوعية الحياة، وبين الأهداف المباشرة ذات العلاقة بالسلوكيات اليومية. وفي هذا

الصدد تم تصنيف أربع غايات لتفسير السلوكيات الخاطئة عند الأطفال، حيث تعمل هذه الغايات كمحفزات للسلوك اليومي عند الأطفال، هذه الغايات هي: (1) جلب الانتباه (2) صراع القوة (3) الثأر أو الانتقام (4) إظهار عدم الكفاءة أو ما يسمى بافتراض العجز. تقدم هذه الغايات الأربع شرحاً مختصراً لنماذج ثابتة للسلوكيات الخاطئة عند الأطفال (Christensen, 1993). والاتجاه الجديد في العلاج الأسري الأدلري يكشف عن ثلاثة جوانب أساسية حول السلوكيات الخاطئة لدى الأطفال هي: أ) وصف لسلوكيات الأطفال الخاطئة. ب) ردود أفعال الوالدين تجاه السلوكيات الخاطئة. ج) ردود أفعال الأطفال إزاء محاولات الوالدين ضبط السلوكيات. وتشير تجارب العلاج الأسري الأدلري إلى أن الأهداف الخاطئة لدى الأطفال، ثم الإقرار المبرهن أو العاكس لتلك الأهداف -سواء انعكس ذلك في شكل ابتسامة أو تعابير الوجه أو العينين أو غيرها- من قبل الأطفال أنفسهم سيشير إلى أي من الغايات الأربع يمكن تصنيف الغاية التي من أجلها نهج الطفل سلوكه (Bitter et al., 1998).

وجوانب السلوك الثلاث الأساسية السابق ذكرها (وصف لسلوكيات الأطفال الخاطئة، وردود أفعال الوالدين تجاه السلوكيات الخاطئة، ردود أفعال الأطفال إزاء محاولات الوالدين ضبط السلوكيات) يفترض أن تؤخذ من قبل المعالج على أنها سيناريو متداخل هدفه معرفة وإدراك سلوكيات الأطفال من جانب، وردود أفعال الوالدين إزاءها من جانب آخر. ومن الأهمية بمكان كتابة هذا السيناريو لفائدته في تحليل الوضع الأسري. وتعد معرفة كيفية عمل هذا السيناريو وكشفه من ركائز العلاج الأسري الأدلري. كما تنعكس فائدته أيضاً على الأسرة ذاتها، حيث يساعد الآباء والأبناء -على حد سواء- على إدراك وإعادة النظر في السلوك الخاطئ قبل ارتكابه، ومن ثم استبداله بنمط سلوكي آخر أكثر فاعلية من منظور التفاعل الأسريين وأكثر إيجابية وقابلية من المنظور الوظيفي للتآلف الأسري بين الأعضاء (Bitter et al., 1998).

دور المعالج ووظيفته:

في العلاج الأسري الأدلري يسعى المعالج إلى إشراك الوالدين لاكتساب خبرة التعلم وتحقيق التعاون في عملية التقدير، التي تعبر هي الأخرى عن خبرة تتضمن الكشف عن الطرق المتعددة والمتنوعة لوظيفة الوالدين كقائدين للأسرة، ومدى

ممارسة الوالدين لهذه الوظائف من عدمه. وعلى هذا يتمحور دور المعالج في البدء في تأسيس عملية المساعدة للوالدين لتأدية وظيفتهما الطبيعية وبشكل فاعل كقائدين للأسرة. كما يقوم المعالج بتحقيق الاستخدام الأمثل للمعلومات التي جمعت خلال التقدير للكشف عن الآتي: (1) نظام الأسرة، وذلك بشرح الموقع والوظيفة المتوقعة من كل فرد من أفراد الأسرة (2) العمليات المتداخلة لذلك النظام، والتي تتكرر وبشكل يومي في حياة الأسرة. وعلى هذا يلعب المعالج دور المحفز لأعضاء الأسرة لفهم النظام الأسري، وتحقيق الرغبة الحقيقية والجادة في التغيير الإيجابي، حيث يركز العلاج الأسري الأدلري على التحفيز من أجل التغيير عوضاً عن تعديل السلوك ذاته الذي أكدت عليه بعض نماذج العلاج الأخرى، وخصوصاً النماذج المنتمية للمدرسة السلوكية. ونتيجة لهذا الاتجاه الفريد الذي تبناه العلاج الأسري الأدلري خلال القرن الماضي، تم تأسيس ما يسمى بالمسؤولية الرسمية للوالدين، أو ما يعرف الآن بالتربية الديموقراطية للأطفال والقصر (Sherman and Dinkmeyer, 1987).

ومن الأدوار والوظائف الأساسية التي يقوم بها المعالج تلك العمليات المحفزة والمشجعة على تحقيق الاحترام المتبادل بين أعضاء الأسرة، حيث يركز المعالج في هذا الجانب على "البحث" و "التعليم" المنظمين، حيث يقوم البحث المنظم على: أ) التآلف الأسري. ب) الحوافز التي تقف وراء التفاعل المسبب للمشاكل. ج) تعاملات الأسرة خلال الحياة اليومية المعتادة. ويمكن للمعالج أن يستخدم ما ينتج عن ذلك البحث المنظم لاستخلاص توصيات، ثم تصميم تدخلات مهنية هدفها تصحيح الأهداف، ومساعدة الوالدين على إدراك المهارات التي تحقق العيش المنسجم والفعال. وفي هذا الدور والوظيفة تحديداً يعمل بعض المعالجين على استخدام تقنية "النقاش المفتوح" كتلك التي كان يطبقها "الفرد أدلر" في بداياته حينما كان يمارس الإرشاد الأسري أمام جمهور من المجتمع يتضمن عدداً من الآباء والأمهات والمدرسين وغيرهم من أفراد المجتمع. وفي هذا النوع من جلسات العلاج العلني يكون هناك عميلان: الأول هو الأسرة التي هي محور أو مركز الاهتمام. والثاني هو الجمهور أو الحضور. وعلى هذا يستطيع المعالج أن يوعي ويثقف ويعلم أكثر من أسرة خلال جلسة واحدة، إلاّ أن خبرات ممارسة الجلسات العلنية تؤكد على أن النصيب الأكبر من الوعي والتثقيف والتعليم يكون من نصيب العميل الأول "الأسرة مركز الاهتمام" (Bitter et al., 1998).

التقنيات العلاجية:

بفضل التجارب العملية اندمجت تقنية "النقاش المفتوح" مع العلاج الأدلري بشكل تام، ويبدو ذلك واضحاً حينما تمارس التقنية كجزء من العلاج الموجز brief therpy. ففي هذه التقنية تتم -بداية- مقابلة الوالدين بدون الأطفال، كخطوة أو عملية تساعد على البدء بأخذ الوالدين على أنهما قائدان للأسرة من أجل تطبيقهما لهذا الدور والوظيفة. بواسطة تقنية "النقاش المفتوح" يقوم المعالج بجمع الوالدين وكذلك الحضور لشرح فكرة التآلف الأسري. ويعتبر تبادل خبرات العلاقة بين الوالدين والأطفال من ركائز الاستفادة من التقنية التي يساهم في تداولها وعرضها الحضور والأسرة التي هي مركز الاهتمام، حيث يكون هناك تأثير وتأثر علاجي إيجابي في الجميع من خلال تبادل الخبرات (Bitter et al., 1998). ومن التقنيات العلاجية التي يستخدمها المعالج، والتي شاع استخدامها في العلاج الأسري الأدلري ما يلي:

أ) شرح المشكلة:

يقوم المعالج في هذه التقنية بتحديد وانتقاء أمثلة توضح القلق الذي يبديه الوالدين، ومن خلال إنصات المعالج لشرح الوالدين للمشكلة يقوم المعالج بعد ذلك بسؤال الوالدان ما يلي: ما الذي عملته إزاء المشكلة؟ وهذا السؤال يهدف إلى إظهار وكشف صورة التفاعل السلبي التي يكون عليها الوالدان خلال حياتهما اليومية المعتادة. كما يقوم المعالج بسؤال الوالدين عن ردود فعلهما إزاء أحداث محددة ينتقيها المعالج من طرح وعرض الوالدين للمشكلة. وتشير تجارب العلاج الأسري الأدلري إلى أن انطباعات الوالدين وردود أفعالهما تعبر عن دلائل ومؤشرات يمكن الاطمئنان إلى صحتها لكشف النقاب عن الأهداف الخاطئة سواء لدى الأطفال أو لدى الكبار (Bitter et al., 1998).

ب) اليوم الأسري المعتاد:

على المعالج أن يقوم بتقدير وضع الأسرة وأشكال التفاعل لديها، وذلك من خلال طرح تساؤل يطلب فيه من الأسرة شرح اليوم المعتاد في حياة الأسرة. وهدف هذا الطلب إظهار شكل التفاعل الأسري، وطرق تحقيق الأطفال لغاياتهم وأهدافهم.

كما يكشف الطلب أيضاً عن الجو الأسري، وقيم الأسرة التي عادة يدعمها الوالدان بواسطة اتجاهاتهما الشخصية نحو بعضهما، وبواسطة اتجاهاتهما في تربية الأبناء. ويعد تقييم اليوم الأسري المعتاد من قبل المعالج موضوعاً مهماً، وخصوصاً مع الحالات التي لا يقبل فيها الوالدان تقديم أحداث أو مواقف مقلقة ومحددة من حياتهم العائلية. وتشير تجارب تطبيق العلاج الأسري الأدلري إلى أن التفاعلات الأسرية خلال ساعات الليل لا تختلف كثيراً عن ساعات النهار من اليوم الأسري المعتاد .(Christensen, 1993)

ج) مقابلة الطفل:

تمنح مقابلة الوالدين في العلاج الأسري الأدلري رؤية حول الأهداف المحتملة لسلوكيات الأطفال الخاطئة، وتمثل هذه الرؤية فرضيات من المرجح وجودها لدى الوالدين والأطفال على حد سواء، ومما يجدر التنبيه إليه أن هذه الفرضيات تظل احتمالات تحتاج إلى تأكيد، وذلك من خلال مقابلة الطفل أو الأطفال إن كانوا أكثر من واحد. وكشف الغاية أو الهدف لدى الطفل يتحقق في أفضل صورة حينما يربط بحدث محدد أو سوء سلوك معين، عوضاً عن إجراء نقاش عام؛ حيث تشير تجارب تطبيق العلاج الأسري الأدلري إلى أن مناقشة وتوضيح حدث معين، أو سوء سلوك محدد مع الطفل سيعمل على إظهار الغايات والأهداف أو حتى يلمح إليها إلماحاً. ويمكن للمعالج في هذا الصدد أن يسأل الطفل: هل تعرف لماذا عملت ذلك السلوك أو التصرف . . . (تحديد السلوك أو التصرف)؟ وعادة لا يقبل الطفل بشكل قاطع كما لا يرفض بشكل قاطع، وإنما يكشف عن غاياته وأهدافه في صورة تبرير(1) أو تحويل(2) أو إسقاط(3). كما لابد أن يتيقظ المعالج إلى لغة الطفل خلال التعبير، والتي عادة تحمل معاني السلوك السيئ الذي قام به. كما يتنبه المعالج إلى تعدد الاحتمالات المبررة للسلوك، فتغيب الطفل عن المدرسة بدون عذر مقبول مثلاً من المرجح أن يكون هدفه واحد من أربع غايات تقدم إلى الطفل في الصورة التالية:

1 - ربما تركت المدرسة لتجعل والدك ينشغل عليك (البحث عن الاهتمام)؟

2 - ربما تركت المدرسة لتبين لوالدتك بأنك حر نفسك وليس لأحد عليك سلطة (الكفاح من أجل كسب القوة)؟

3 - ربما تركت المدرسة للثأر من والدك (الانتقام)؟

4 - ربما تركت المدرسة بسبب أنك تريدهم أن يتركوك في حالك (العجز الزائف/ افتراض العجز)؟

وحينما ينطبق أحد هذه الافتراضات، فإن الطفل عادة يظهر موافقته أو يلمح إليها أو حتى يعكسها في صورة ما، وحينما تبدو صورة تبرير الطفل واضحة لدى المعالج فإن التشخيص يبدو سهلاً في تلك الأثناء، ولكن بدون اعتراف الطفل بتبرير غيابة غير المبرر عن المدرسة يكون المعالج في حاجة إلى فرضيات، ثم إعادة التحقق من الفرضيات بناءً على البحث الجديد عن معلومات جديدة لإحداث تقدم مع حالة الطفل (Christensen, 1993).

إنهاء التدخل المهني:

تختتم تقنية "النقاش المفتوح" عادة بطلب المعالج من الوالدين والحضور صياغة اتجاهات جديدة تعمل على إنهاء التفاعلات غير الصائبة، وفي المقابل تؤدي إلى حوار عائلي ديموقراطي ذي ألفة وحميمية، كما ويتصف الحوار بالإيجابية والفعالية لحياة الأسرة. وعادة تكون الاقتراحات التي يتقدم بها الحضور سهلة التناول من قبل الأسرة مركز الاهتمام، بل عادة تكون اقتراحات الحضور أقرب إلى الإدراك من تلك التي يقترحها المعالج نفسه، ذلك أن الأسرة مركز الاهتمام ترى في الحضور نظراء لديهم نفس الخبرة أو التجربة، أو حتى لديهم خبرة أو تجربة متشابهة، أو على الأقل نظراء يشتركون معهم في العلاج. وفي المرحلة الأخيرة من العملية الإرشادية يلعب المعالج دور القائد والمعلم، حيث يساعد الأسرة مركز الاهتمام والحضور على صياغة وتعميم أفكارهم ليستفيد منه الجميع. كما يستخدم المعالج الكثير من التحفيز لتقوية عزيمة الوالدين لتحقيق أو تطبيق الحل الجديد الذي تقدموا به، وكذلك مساعدة الأطفال على اكتشاف طريق جديد ذي معنى في الحياة (Sherman and Dinkmeyer. 1987).

ومن الجدير ذكره أنه لا يوجد ضمانات مع تقنية "النقاش المفتوح" إذ يعتمد التقدم والتحسن على المراقبة الذاتية من قبل الأسرة، من خلال ما تقوله وتقدمه أو تكشف عنه، وهو ما يرمز إليه بالمسئولية في الاستيعاب الصحيح لخطوات التغيير الإيجابي التي يقرها الحضور، ثم أخذها مأخذ الجد ووضعها موضع التنفيذ سعياً للتقدم

والتحسن الإيجابي المنشود والمتفق عليه مع الحضور -جمهور "النقاش المفتوح" (Sherman and Dinkmeyer, 1987).

تعليق ختامي

يوصف العلاج الأسري بأنه سريع التطور والمرونة حيث أخذ مكاناً متميزاً بين الأساليب العلاجية الأخرى المستخدمة في الإرشاد الأسري, كما انتزع اهتمام الكثير من المتخصصين في الخدمة الاجتماعية، والعلوم الأخرى وثيقة الصلة، يدلل على ذلك، العديد من المجلات العلمية المتخصصة في مجال العلاج الأسري، إضافة إلى المؤتمرات السنوية التي تعقد في هذا الخصوص (Hartman and Laird, 1987).

ومع تعدد نماذج واستراتيجيات العلاج التي يمكن توظيفها في العمل مع الأسر إلاّ أنها جميعاً تدعو إلى التركيز على التقدير المباشر لوضع الأسرة، وإحداث تغييرات فعالة في جملة العلاقات الأسرية، واستعادة الحيوية لها، مع تحقيق الالتئام والتطور والنمو الأسري ككيان واحد ومترابط. وتعدد نماذج واستراتيجيات العلاج يعكس تطور العلاج الأسري، مما يتطلب تطوير الممارسة من حيث الوسائل المتطورة، ومن حيث التدريب المتقدم تحت إشراف متخصص (Walsh and Crosser, 2000).

من المتوقع أن يعطي المعالج الأسري قدراً من الاهتمام لثقافة المجتمع الذي يمارس فيه العلاج الأسري، على سبيل المثال إدراك العدالة الاجتماعية في المجتمع من ركائز المعرفة بثقافة المجتمع التي يحتاجها المعالج. بالإضافة إلى ذلك لابد أن يقدّر الممارس المهني الثقافة الخاصة بالأسرة وما يتعلق بها من جوانب، كصورة الرجل والمرأة داخل الأسرة. ومن الخطأ أن يفرض المعالج قيمه الخاصة على المجتمع الذي يمارس فيه، أو على الأسرة التي يمارس معها (Walsh, 1997).

ومع أن العلاج الأسري لم ينشأ أصلاً في حقل الخدمة الاجتماعية، إلاّ أنه كان قريباً إلى الدور المهني الذي تقوم به مهنة الخدمة الاجتماعية. وقد ساعد هذا الأمر في المبادرة السريعة والمبكرة من قبل الأخصائيات الاجتماعيات للإسهام في برامج التدريب على العلاج الأسري وورش العمل والمؤتمرات، بجانب إسهامات المتخصصين في الطب النفسي (Hartman, 1995).

لقد كان للجيل الثاني من الأخصائيين الاجتماعيين المهتمين بالعلاج الأسري دور بارز في توظيف مفاهيم وطرق العلاج الأسري، التي نشأت في حقول أخرى -كالطب النفسي، وعلم النفس، والصحة العقلية، وغيرها- بجانب مهنة الخدمة الاجتماعية سواء على مستوى الممارسة أو على مستوى التعليم. حتى أن بعض مدارس الخدمة الاجتماعية استطاعت أن تبني برامج تعليمية للعلاج الأسري، ثم مراكز ممارسة وتطبيق (Hartman, 1995).

نقاط القوة ونقاط الضعف

أولاً/ نقاط القوة:

1 - بحكم ارتباط العلاج الأسري بعدة تخصصات كالدمة الاجتماعية والطب النفسي وعلم النفس، فهو ينمو ويتطور بشكل ملفت للنظر، بدليل أن هناك مدارس خاصة في بعض الدول المتقدمة تقدم برامج دراسية متخصصة في العلاج الأسري والتدريب عليه، كما أن هناك مجلات علمية محكمة تهتم بالعلاج الأسري فقط، وهو ما يساهم في نقل الجديد بشكل سريع وتوفير بيئة علمية خصبة للنقد وتبادل الخبرات في ذلك الميدان وما يتعلق به.

2 - يعتبر العلاج الأسري الأدلري الذي تم انتقاءه ومناقشته في هذا الفصل من أكثر نماذج العلاج الأسري تطوراً وفاعلية، يدلل على ذلك الكم الهائل من الكتابات والدراسات التجريبية التي تناولت الأسلوب العلاجي وشرحت فاعليته في توجيه وإرشاد الأسر، رغم حداثته -مقارنة ببعض النماذج الأخرى- حيث لم يظهر للعيان إلاّ خلال العقد الثاني من القرن الماضي (القرن العشرين).

ثانياً/ نقاط الضعف:

1 - تعدد نماذج العلاج الأسري وتنوعها يؤكد على أن هناك نماذج معينة لا تصلح إلاّ مع مشكلات معينة، الأمر الذي يضع المعالجين في حيرة، بل أحياناً في مواقف صعبة أخلاقياً من حيث ما هو النموذج الأفضل للعميل (الأسرة).

ومن جانب آخر تظهر صعوبة أمام الممارس فيما يتعلق بإتقان تطبيق أكثر من نموذج ، فلو افترضنا أن هناك عشرة نماذج علاج وأن الممارس يتقن أثنين منها ، فإن احتمالية مناسبة حالة كل عميل لذلك الممارس فقط 20% .

2 - وعلى الرغم من ثبوت فاعلية العلاج الأسري الأدلري الذي تم انتقاءه ومناقشته في هذا الفصل إلاّ أنه قد لا يصلح للتطبيق في بعض المجتمعات أو الثقافات ، وخصوصاً تقنية "النقاش المفتوح" حيث يصعب تطبيقها مع المجتمعات المحافظة التي تعزل مجالس النساء عن مجالس الرجال . وبالتالي تحييد بعض جزئيات العلاج بالكاد سيؤثر سلباً على فاعلية النموذج وكفاءته مع العملاء .

الهوامش:

(1) ولد "الفرد أدلر" عام 1870م وعاش في فينا بالنمسا ، حيث كان الطفل الثالث لأسرة تتكون من ست أولاد وبنتين . يُعرف عن "ادلر" أنه عاش طفولة غير سعيدة ، فقد عانى الكثير من الأمراض حتى كاد أن يموت في سن الرابعة نتيجة داء الرئة . صُنف بأن لديه عقدة النقص (مركب الدونية) خلال المراحل الأولى من حياته . لم يكن "ادلر" تلميذاً مجتهداً ، حتى أن معلميه قالوا لوالده بأن "ادلر" لا يصلح إلاّ أن يكون مصلح أحذية ، إلاّ أنه أثبت تفوقه بعد ذلك ، حتى أنه التحق بجامعة فينا لدراسة الطب ، وبدأ في الممارسة الخاصة في مجال طب العيون ، ثم حول إلى الطب العام ، وفي الأخير تخصص في الطب النفسي والعصبي ، مع ميل خاص للأمراض العضال التي تصيب الأطفال . عُرف عن "ادلر" فصاحته وبساطة تعابيره ، حيث كانت العامة تفهم وتطبق المبادئ التي قدمها تحت ماسمي "علم النفس الفردي" individual psychology . بعد أن أدى "أدلر" الخدمة العسكرية في الحرب العالمية الأولى كضابط طبي ، أسس 32 عيادة إرشادية للأطفال في المدراس العامة في فينا ، درب خلالها كثيراً من المدرسين ، والأخصائيين الاجتماعيين ، والأطباء ، ومتخصصين آخرين . لقد كان "أدلر" المؤسس الأول لممارسة تعليم المتخصصيين من خلال حالات واقعية كان يقدمها للأباء والأطفال قبل الانطلاق إلى المجتمع الكبير ، كما مارس التعليم والتدريب في عياداته التي أسسها آنذاك . في عام 1920م انطلق ليقدم محاضراته وتجاربه في الولايات المتحدة الأمريكية ، وفي يوم 28 من شهر ماي 1937م وبينما كان يسير على الأقدام قبل تقديم أحد محاضراته في مدينة "ابردين" في اسكتلندا انهار متوفياً إثر فشل في ضربات القلب .

(1) التبرير rationalization عبارة عن عملية دفاعية من خلالها يخلق الفرد تبريراً لسلوك أو تصرف معين بحيث يظهره في شكل مقبول .

(2) التحويل transference هو أحد آليات الدفاع والمقاومة التي يلجأ إليها الإنسان في مواقف عصيبة معينة أو في حالات المرض ، وذلك بالتعبير عن الصراعات النفسية والقلق الكامن بالإحساس بالآلام أو أي تعبير آخر كفقدان الشعور مثلاً .

(3) الإسقاط projection ميكانيزم دفاعي لا شعوري ، يتم من خلاله رفض شئ غير مقبول أو إسقاطة وتحميلة على جهة أو شخص آخر

المراجع

-Barker, R. (2003). The social work dictionary) 4th ed.). Washington, D. C.: NASW Press.

- Bitter, J. R., Christensen, O. C., Hawes, C. and Nicoll, W. G. (1998). Adlerian brief therapy with individuals, couples, and families. Directions in Clinical and Counseling Psychology, 8(8(, 95-112.

-Christensen, O. C. (2004). Adlerian family counseling) 3rd ed.). Minneapolis, MN: Educational Media Corp.

- Hartman, A. (1995). Family therapy. Encyclopedia of Social Work (19th ed.). Washington, D. C. : NASW Press.

- Hartman, A. and Laird, J. (1987). Family practice. Encyclopedia of Social Work (18th ed.). NASW. Maryland: Silver Spring.

- Meyer, C. (1987). Direct practice in social work: Overview. Encyclopedia of Social Work (18th ed.). NASW. Maryland: Silver Spring.

- Rolland, J. (1994). Families, illness and disabilities: An integrative treatment model. New York: Basic Books.

- Sherman, R. and Dinkmeyer, D. C. (1987). Systems of family therapy: An Adlerian integration. New York: Brunner/Mazel.

- Walsh, F. (1997). Family theapry: Systems approaches to clinical practice. In: Theory and Practice in Clinical Socail Work (edited by Jerrold R. Brandell). New York: The Free Press.

- Walsh, F. and Crosser, C. (2000). Advances in family Therpay: Theory and practice. In: The Handbook of Social Work Direct Practice (edited by Paula Allen-Meares and Charles Garvin).

الفصل الرابع

4

العلاج العقلي السلوكي الوجداني

- الجذور التاريخية .
- مدخل .
- الأفكار الفلسفية التي يقوم عليها العلاج .
- مراحل التدخل المهني في العلاج العقلي السلوكي الوجداني .
- الأساليب والتقنيات العلاجية .
- مهام المرشد الأسري في العلاج العقلي السلوكي الوجداني .
- المهارات الأساسية لممارس العلاج العقلي السلوكي الوجداني .
- تعليق ختامي .
- نقاط القوة ونقاط الضعف .

"ليست الحوادث هي سبب انزعاج الناس ، وإنما تفكيراتهم وتؤيلاتهم تجاه الأحداث ، هي سبب الانزعاج والقلق" القرن الميلادي الأول Epictetus

الجذور التاريخية

ارتبط العلاج العقلي السلوكي الوجداني rational emotion behavior therapy بالدكتور ألبرت إليس(1) Alber Ellis الذي كان محباً لعمله في مجال التوجيه والإرشاد، حيث كان يمارسه مع الناس المقربين منه مما جعله يؤمن بأن المحلل النفسي أكثر عمقاً من المعالج النفسي. وقد مارس "ألبرت إليس" التحليل النفسي التقليدي خلال الفترة من 1947م إلى 1953م، وفي مطلع عام 1955م استطاع أن يتوصل إلى فلسفة علاجية جديدة أطلق عليها العلاج العقلي الوجداني والمعروف حالياً بالعلاج العقلي السلوكي الوجداني. بهذا الاكتشاف الكبير عرف "ألبرت إليس" في مجالات الإرشاد المختلفة، حيث أطلق عليه الأب الأول للعلاج المعرفي السلوكي، وقد تمكن من تطوير أسلوبه العلاجي الجديد من خلال تطبيقاته على مشكلاته النفسية، فعلى سبيل المثال كان عند سن البلوغ يعاني من خجل في النظر إلى النساء، وفي سن التاسعة عشر فرض على نفسه أن يتحدث إلى مائة امرأة خلال فترة شهر واحد، وفي وقت من الأوقات كان يعاني من خوف مبالغ فيه من التحدث أمام الناس ثم بدأ في التدرب على التحدث حتى وصف نفسه بأنه يستمتع في أداء ذلك (Corey, 2001).

مدخل

بقدر بُعْدِ العلاج العقلي السلوكي الوجداني (rational emotion behavior REBT therapy) عن مدرسة التحليل النفسي وسيكولوجية الذات ومدرسة الجشطالت، بقدر قربه من العلاج المعرفي cognitive therapy (CT) للدكتور بيك Aron Beck ومن العلاج المعرفي السلوكي cognitive behavior (BT) therapy لميكن بام Neichenbaum إذ تشترك هذه الاتجاهات العلاجية الثلاثة في أربع خصائص رئيسة:

1- التعاون في العلاج المشترك بين كل من المعالج والعميل.
2- الافتراض الجوهري بأن الضغوط النفسية سببها اضطراب في عملية التعليم.
3- التركيز على إحداث تغييرات معرفية سلوكية مرغوبة وفعاله محل سلوكيات أخرى غير مرغوبة.
4- تخصيص وتوجيه وقت وعلاج محددين وشاملين لحل مشكلات معينة.

وتجدر الإشارة إلى أن هناك أكثر من عشرين علاجاً تحت مسمى العلاج المعرفي أو العلاج السلوكي المعرفي، تشترك جميعها في عملية تعليم وبناء المعرفة لدى العملاء بشكل عام، إضافة إلى بعض التكتيكات الجوهرية في عملية العلاج كالواجبات التي يفترض أن يؤديها العميل، ومسؤولية العميل في المشاركة الفاعلة في عملية العلاج أثناء الجلسات وخارج الجلسات -أثناء الحياة الفعلية- ثم وضع عمليات التغيير السلوكية والمعرفية موضع التنفيذ (Corey, 2001).

يوصف العلاج العقلي السلوكي الوجداني بأنه يغفل الحوادث الخارجية ويركز على المشكلات الانفعالية التي تولدها الأفكار، بمعنى أن أسلوب التفكير والتقويم للحوادث هو المسؤول الأول عن طبيعة الانفعالات، سواء كانت انفعالات سارة أو غير سارة، لذا يعبر عن الأسلوب العلاجي في بعض الأحيان بنظرية (A-B-C)، إذ تمثل (A) الحدث أو الأحداث الخارجية activating event أما (B) فتعني عمليات التفكير والتأويل الذهني لذلك الحدث أو لتلك الحوادث belief في حين تعني (C) الانفعال أو السلوك الخارجي الناتج عن تلك التفكيرات emotional and behavioral consequence. وبهذا الأسلوب الواضح والمبسط يكون الأسلوب العلاجي أغفل تلك الجوانب العميقة والتاريخية للقلق والمتاعب النفسية الأخرى التي أوردها عالم النفس الشهير "سيجموند فرويد".

استناداً إلى تجربة "إليس" (Ellis, 1999) الإكلينيكية، يرى أن هناك اثنتي عشرة فكرة أو معتقد خاطئ، وهي الأكثر رواجاً وانتشاراً بين العملاء. يطرحها "إليس" في شكل لائحة ليتعرف المعالج على ما يحمله العميل من معتقدات، وللنظر فيما يتطابق أو يتشابه مع ما في اللائحة، ثم يبدأ في العملية العلاجية المتمثلة في عملية تصحيح المعتقد أو بناء معتقد جديد وهذه الأفكار أو المعتقدات هي:

1ـ الاعتقاد بأن الشخص يجب أن يكون مقبولاً ومحبوباً من الجميع في المجتمع .
2ـ الاعتقاد بأنه يجب لوم ومعاقبة أولئك الأشخاص السيئين والوقحين .
3ـ الاعتقاد بأنه لن تكون هناك مكانة اجتماعية للشخص ما لم يكن كفؤاً ، وقادراً على الإنجاز في كل الميادين المتاحة .
4ـ الاعتقاد بأن الأمور يجب أن تسير حسب رغبات الشخص .
5ـ الاعتقاد بأن شقاء وبؤس الشخص خارج عن إرادته .
6ـ الاعتقاد بأن الأشياء الخطرة يجب الاهتمام والتفكير فيها باستمرار .
7ـ الاعتقاد بأنه من الأفضل تجنب أو الهروب من مصاعب الحياة وعدم تحمل المسؤوليات .
8ـ الاعتقاد بأن على الشخص الاعتماد على الآخرين ممن هم أقوى منه .
9ـ الاعتقاد بأن الأحداث الماضية والتي لا يمكن تغييرها هي التي تحدد السلوكيات الحالية .
10ـ الاعتقاد بأن الشخص يجب أن يحزن وينزعج مما يعانيه الآخرون من مشكلات .
11ـ الاعتقاد بأن هناك مصيبة إذا لم يوجد هناك حل كامل ومثالي لكل مشكلة .
12ـ الاعتقاد بأن اعتقادات وأفكار الآخرين في المجتمع صحيحة وغير قابلة للمناقشة أو التساؤل .

الأفكار الفلسفية التي يقوم عليها العلاج

أولاً/ الحوادث الخارجية A :

يرى "ألبرت إليس" أن هناك نوعين من الأحداث : النوع الأول أحداث خارجية ملموسة ومحسوسة ، وهي ببساطة كل حدث يوّلد ألماً فيزيائياً كالسقوط من على الكرسي مثلاً ، أما النوع الثاني فهي الأحداث التي تولد الألم النفسي ، ولكن هذا الألم يكون نتيجة تفكير خاطئ أو غير عقلاني . بمعنى أن النوع الثاني من الآلام يكون مرتبطاً بالتفكير والتأويل الذهني ، فالسقوط من على الكرسي قد يحدث ألماً في الظهر ، ولكن هذا الألم ليس له علاقة بالتفكير والتأويل الذهني . وتأسيساً على ذلك يذهب "ألبرت

إليس" إلى أن النوع الثاني من الأحداث هو الذي يتعامل معه العلاج العقلي السلوكي الوجداني.

ثانياً/ التفكير والتأويل الذهني B :

يشير العلاج العقلي السلوكي الوجداني إلى أن الغضب والمتاعب وغيرها من المشاعر السلبية سببها طريقة التفكير تجاهها، فالحوادث الخارجية متشابهة إلى حد كبير في طريقة ونسبة حدوثها لدى البشر. إلاّ أن رد الفعل إزاءها يكون مختلفاً من شخص لآخر، فمشكلة الطلاق قد تحدث لأي فتاة، إلاّ أن وقع الحدث سيختلف من فتاة لأخرى، وذلك راجع إلى طريقة تفكير الفتاة نحو الطلاق كحدث أو كمشكلة. طريقة التفكير تعتمد بشكل كبير على الأحاديث النفسية مع الذات وأفكار وتخيلات الفتاة نحو الطلاق. لذلك يذهب "ألبرت إليس" (Ellis ,1994, 1997, 1998) إلى أن من طبيعة الإنسان أنه يحدث ذاته ويقيم ذاته ويسند ذاته. والشعور والسلوك يتضاعفان حينما يخفق الإنسان في تحقيق شيء ما كان يرغبه بشده. وتأسيساً على ذلك نطرح التساؤل التالي:

ما هو التفكير والتأويل الذهني الذي يولد المتاعب؟ الحقيقة أن هناك الكثير من الأفكار غير المنطقية التي تخطر في الذهن وتتحدث الذات بها وتكون نتيجتها الاكتئاب والتعاسة، أو الاضطراب والقلق. ومن أهم الأفكار غير المنطقية تلك الأفكار الحتمية التي تتحدث بها الذات في صورة واجبات مفروضة يجب تحقيقها مثل:

1- يجب أن أكون محبوباً ومقبولاً من قبل الجميع وفي جميع الأحوال.
2- يجب أن أنجز كل الأشياء المهمة في الوقت المحدد وبطريقة صائبة.
3- لأنني إنسان طيب يجب أن يكون الناس كذلك.
4- إذا لم تأتِ الأمور على النحو الذي أريد سيكون ذلك مصدر انزعاجي.
5- التهرب من مصاعب الحياة ومسؤولياتها أفضل من مواجهتها.

ثالثاً/ الانفعال أو السلوك الخارجي C :

وفقاً لفلسفة العلاج العقلي السلوكي الوجداني، يأتي الانفعال أو السلوك الخارجي نتيجة للمرحلة السابقة التي هي التفكير والتأويل الذهني غير العقلاني، مما

ينبئ بانفعال أو سلوك غير عقلاني. ولتوضيح السلوك العقلاني وغير العقلاني نضرب المثال التالي: هناك رجلان واقفان ومر بجوارهما صديق ثالث لم يلق عليهما التحية، أحد هذين الرجلين فسَّر عدم إلقاء التحية بأن الصديق لم يرهما، وعلى ذلك ذهب إليه يمازحه بأن حبه للفتيات جعله دائماً مشغول الذهن. أما الثاني فقد فسَّر عدم إلقاء التحية بأن الصديق يستعلي أو يترفع عليهما، وعلى ذلك ذهب إليه ليوبخه، وليحط من قدره نتيجة ما عمله.

مراحل التدخل المهني في العلاج العقلي السلوكي الوجداني

من الصعوبة تجزئة الممارسة المهنية في مجال الإرشاد الأسري، إلاّ أنه جرت العادة على عمل ذلك لأجل الإيضاح. وعلى ذلك سنحاول تقسيم التدخل المهني للمعالج إلى ثلاث مراحل هي:

المرحلة الأولية:

تبدأ المرحلة الأولية بتكوين العلاقة المهنية بين المعالج والعميل. وتنطوي تحت هذه المرحلة التعاون المتبادل بين المعالج والعميل منذ البداية، المتمثلة في تحديد طبيعة المشكلة ثم تقويم الموقف، وبعد ذلك وضع أهداف علاجية تسمى بالأهداف المبكرة أو الأولية.

المرحلة الثانية:

هي التي تبدأ معها تقنيات العلاج العقلي السلوكي الوجداني، وفي هذه المرحلة يقوم العميل بممارسة وتطبيق أساليب العلاج بتوجيه وإشراف الأخصائي الاجتماعي. وتجدر الإشارة إلى أن هناك أساليب وطرق علاجية متنوعة يصعب تطبيقها جميعها مع عميل واحد، كما أن هناك فروقا فردية بين العملاء لا بد وأن تؤخذ بعين الاعتبار. وعلى ذلك يبرز المعالج المتميز خلال عمليات الانتقاء من بين الأساليب والطرق العلاجية، وبما يتلاءم مع الفروق الفردية لدى العملاء. ويمكن قياس ذلك من خلال آثار العلاج ومدى نجاحه مع العميل، مع إعطاء قدر من الاهتمام لعملية التقييم المستمر خلال العمل مع العميل.

المرحلة الثالثة:

وهي مرحلة تقويم شامل لمدى جدوى أساليب العلاج المستخدمة مع العميل ورصد التقدم في العلاج. والتقويم يتطلب النظر إلى ثلاثة جوانب:

- مدى تناسب أساليب العلاج المنتقاة مع المشكلة التي يعاني منها العميل.
- مدى تناسب أساليب العلاج المنتقاة مع حالة العميل وشخصيته.
- مدى تناسب أساليب العلاج المنتقاة مع أهداف العلاج الموضوعة سلفاً.

وتجدر الإشارة إلى أن العميل حين يبدأ مع المعالج فإن واحدة من ثلاث نتائج ستحدث:

1- أن يكون العلاج مناسباً وهنا ستتحسن حالة العميل.
2- أن يكون العلاج غير مناسب وهنا ستكون حالة العميل كما هي عليه أو ستزيد سوءاً، وفي هذه الحالة يتعين على المعالج سبر أغوار هذه النتيجة لمعرفة السبب، وذلك من خلال تقويم الجوانب الثلاثة السابقة.
3- انسحاب العميل من العلاج، وفي هذه الحالة من الأفضل معرفة السبب سعياً لإعادة العميل إلى العلاج أو حتى لتفادي حدوث ذلك مع حالات أخرى في المستقبل.

ويقدم "ميتشينبام" (Meichenbaum ,1997) مجموعة تساؤلات يمكن للمعالج طرحها لمعرفة نتيجة العلاج الذي قدم للعميل. تتلخص هذه التساؤلات في:

1- كيف ستكون أحاديث العملاء عن ذواتهم وعن العالم الخارجي؟
2- هل يستخدم العملاء الآن معاني وألفاظاً إيجابية تشرح ذواتهم بطريقة إيجابية؟
3- هل يستطيع العملاء التعامل بنجاح مع مشكلات مشابهة قد يتعرضون لها في حياتهم اليومية؟
4- إلى أي درجة تغير العملاء إلى الأفضل؟

الأساليب والتقنيات العلاجية

الممارس المهني مستخدم العلاج العقلي السلوكي الوجداني REBT يمكنه حشد أدوات متنوعة تخدم العملية العلاجية. ففي البدء مثلاً يظهر للعميل على الفور وبشكل

مباشر، الأحاديث الذاتية، التي تُردد في نفس العميل ثم يرشد العميل إلى كيفية التعامل مع هذه الأحاديث أو الأفكار، بما يقلل من مصداقيتها ثم دحضها كلياً، كما أن تشجيع العميل لاكتساب فلسفة الواقعية أو العقلانية أهمية كبرى في العملية العلاجية.

يعتمد العلاج العقلي السلوكي الوجداني وبشكل كبير على التفكير والمناقشة والمداخلة، لإيقاف الرؤى غير المنطقية والرد عليها، ثم استخدام الحجج في تفنيد ودحض الأفكار غير العقلانية والشرح الواضح والصريح، وأخيراً تعليم العميل وتدريسه وإرشاده.

من هذا المنطلق يضيف "ألبرت إليس" الخطوات التالية لفلسفة العلاج العقلي السلوكي الوجداني والتي تمثل خطة الطريق نحو العلاج الفعلي:

1) مناهضة الأفكار غير العقلانية disputing intervention وتصويبها ويرمز لها بالحرف D.

2) التأثر من عملية المناهضة effect ويرمز له بالحرف E.

3) الشعور الجديد new feeling الذي نتج عن عملية التأثر ويرمز له بالحرفF.

والرسم التالي (Corey, 2001) يوضح مكونات وعناصر النظرية، المتمثلة في كيفية حدوث المشكلة وأسلوب علاجها:

(الانفعال أو السلوك الخارجي) C ⟵ (التفكير والتأويل الذهني) B ⟵ (الحدث الخارجي) A

↑

(سلوك انفعالي جديد)F ⟵ (تفكير منطقي جديد) E ⟵ (مناهضة الأفكار غير عقلانية) D

وعلى هذا يفسر العلاج العقلي السلوكي الوجداني حدوث المشكلات بوقوع حدث أو أحداث خارجية A ثم التفكير والتأويل الذهني الخاطئ B ثم الانفعال أو السلوك الخارجي C الناتج عن التفكير والتأويل الذهني الخاطئ. أما فلسفة النظرية ولب العلاج وجوهره المبني على الخطوات السابقة فيبدأ في التفاعل مع الخطوة الثانية حيث تفند وتدحض وتناهض الأفكار غير العقلانية D ثم ظهور تفكير منطقي جديد E نتيجة عملية الدحض والتصويب. وأخيراً يظهر السلوك الانفعالي الجديد الناتج عن عملية إعادة بناء التفكير وتصحيحه F.

فلو أن فتاة تطلقت من زوجها، كما في المثال السابق، ثم أصيبت بالاكتئاب، فإن الطلاق ليس سبباً في الشعور بالاكتئاب، وإنما ما تراه الفتاة وتعتقده تجاه الطلاق، هو السبب وراء الاكتئاب. كأن تفسر الطلاق بأنه إخفاق في الحياة أو الشعور بعدم القيمة أو ما إلى ذلك. وفقاً لهذا المثال تفسر النظرية المشكلات وفقاً للخطوات التالية:

A = الطلاق.

B = النظر إلى الطلاق على أنه رفض ونبذ من الآخرين.

C = الاكتئاب.

تأسيساً على ما سبق يكون الإنسان مسؤولاً عن خلق شعوره وردود أفعاله وانزعاجاته واضطراباته، وبذلك يكون توضيح هذا المعتقد للناس من قبل المعالج هو جوهر العلاج المتمثل في تغيير وتصحيح أفكارهم ومعتقداتهم تجاه الأحداث والأشياء والناس الآخرين (Ellis, 1998, 1999). فالطالب الذي هرب من المدرسة للخلاص من ضرب المدرس له يمكن توجيهه وإرشاده لتصحيح سلوكه، وذلك بأن الاجتهاد للهروب من عقوبة المدرس هو السلوك العقلاني السوي. والأخصائي الاجتماعي الممارس لتقنية العلاج العقلي السلوكي الوجداني سوف يستخدم ثلاثة أنواع من أساليب التدخل:

أولاً/ الأساليب المعرفية:

هناك آليات متنوعة لتطبيق الأساليب المعرفية:

(أ) دحض الأفكار غير العقلانية:

من أهم الأساليب المعرفية دحض ومناهضة وتفنيد الأفكار غير العقلانية، فالعملاء كثيراً ما يستخدمون الألفاظ الحتمية، مثل: (يجب) (يتعين) (لابد) لتأكيد أفكار ومعتقدات غير عقلانية، فدحض ومناهضة هذه الأفكار هو أفضل أسلوب لزوالها من ذهن العميل، أو حتى أضعاف حتميتها. وحينها يبدأ العميل في سؤال ذاته من أجل التشكيك في مصداقية تلك الحتميات. ففي المثال السابق عن الطلاق تبدأ الفتاة بسؤال نفسها كيف أكون منبوذة لمجرد أنني تطلقت؟

هناك مجموعة خطوات يمكن للمعالج الأخذ بها لمناهضة أفكار العميل غير العقلانية. تتمثل هذه الخطوات في الجوانب التالية:

- الخطوة الأولى/ ترك العميل يتمادى في تفسير وشرح فكرته والمبالغة في تخيل نتائجها.
- الخطوة الثانية/ تحفيز العميل للتحدث عن النتائج التي يراها سلبية أو كارثية وتخيل مصيره أو ما سيحدث له وبشكل دقيق.
- الخطوة الثالثة/ مساعدة العميل على إعادة النظر والتدقيق في تحليلاته وتفسيراته التي ذكرها.
- الخطوة الرابعة/ مساعدة العميل على إدراك نتائج توقعاته المبالغ فيها.
- الخطوة الخامسة/ تحديد الأفكار غير العقلانية وتسميتها.
- الخطوة السادسة/ مساعدة العميل على النظر إلى الموقف من أفق أوسع، بحيث يرى الخيارات والبدائل الأخرى.
- الخطوة السابعة/ عمل موازنة بين إيجابيات الموقف وسلبياته وبين المحاسن والمساوئ. وهذه يمكن عملها في شكل جدول أو لائحة.
- الخطوة الثامنة/ محاولة تغليب المحاسن على المساوئ ومحاولة تحويل المساوئ إلى محاسن.
- الخطوة التاسعة/ يطلب من العميل تخيل جديد للموقف يكون -التخيل- أكثر عقلانية ومنطقية.

الخطوة العاشرة/ تحفيز العميل على التحدث مع الذات باستخدام الألفاظ العقلانية والمنطقية.

- الخطوة الأخيرة/ مشاركة العميل في عملية تقييم تخيلاته وأحاديثه الذاتية الجديدة وتمحيصها والنظر فيما إذا كانت عقلانية ومنطقية أم لا.

(ب) الواجبات المنزلية العقلية المنطقية:

الواجبات المنزلية من الآليات الجيدة التي يمكن أن يؤديها العملاء، للتقليل من الألفاظ الحتمية التي يحملونها في أذهانهم، لذا على العميل ممارسة هذه الآلية بشكل يومي وبطريقة واعية. ولتحقيق الوعي هناك أمران مهمان، الأول: أن تطبق على

مشكلات فعلية يعاني منها العميل ، الثاني : أن تطبق منها الخطوات الثلاث الأولى للنظرية التي هي الحدث الخارجي A التفكير والتأويل الذهني B الانفعال أو السلوك الخارجي C . والمعالج في هذه الآلية يكون قد ساعد العميل على التفكير بطريقة مختلفة أي بطريقة عقلانية . فالشخص الذي يخاف من دخول الامتحان خوفاً من الرسوب سيستبدل أحاديث الرسوب والإخفاق بأحاديث النجاح والتفوق .

(ج) استخدام الألفاظ العقلانية:

العملاء ، كما سبق ، يحملون ألفاظ حتمية ، ومن خلال استخدام آلية الألفاظ العقلانية يقوم المعالج بتدريب العميل على استبدال الألفاظ الحتمية بألفاظ عقلانية أو منطقية . كأن يقول العميل لذاته سيكون من غير الملائم أن أرسب في الاختبار ، عوضاً عن عبارة أنه لمن الشنيع أن أرسب في الاختبار . فالعبارة الثانية ذات حتمية وإدانة ذاتية . من خلال تدريب العملاء على هذه الآلية سيتمكن العملاء من معرفة محدودية الإمكانيات التي يملكها البشر ، ثم يبدؤون في التفكير بطريقة مرنة أكثر عقلانية ، وبالتالي تأتي تصرفاتهم وسلوكياتهم منسجمة مع التفكير العقلاني ، ونتيجة لذلك كله يتبدل شعورهم بشكل عام نحو الإيجابية ، خلافاً عن ذي قبل .

(د) توظيف السعادة:

في هذه الآلية يمكن للمعالج تعليم أولئك العملاء الذين أغفلوا ذلك الجانب المشرق من الحياة ، والمتمثل في الفكاهة والابتسامة . والتدرب على هذا ثم تذوق هذا الجانب واستدعاؤه ، يخلق هجوماً معاكساً counter-attack ضد الأفكار الحتمية والتصورات ، القاتمة والتأويلات الباعثة على الإحباط والقنوط واليأس والاكتئاب ، وغيرها من الأفكار التي تولد سلوكيات خاطئة أو غير عقلانية . وتبدو هذه الآلية ذات فائدة مع العملاء مفرطي الجدية والعبوسين في تعاملاتهم سواء مع ذواتهم أو مع المحيط الخارجي .

(هـ) التثقيف:

من خلال هذه الآلية يستطيع المعالج تصحيح آراء العميل ومعتقداته الخاطئة ، وخصوصاً حينما يتعلق الأمر بنواحي علمية أو طبية . والتثقيف يعني تعليم العميل

وزيادة مدركاته في أحد الجوانب المعرفية، حيث يكون دور المعالج تزويد العميل بالمعلومات والمعارف الأساسية عن طريق أفلام الفيديو أو برامج الكمبيوتر أو الصور والملصقات الحائطية أو ما شابهها، إضافة إلى القراءة والاطلاع بمفهومه المتعارف عليه في الكتب أو المجلات العامة أو المجلات العلمية والطبية وغيرها. وللمعالج تكليف العميل بتدريبات منزلية كالقراءة أو مشاهدة الأفلام ثم مناقشتها وتحليلها.
وتبدو هذه الآلية فعّالة في مجال التوجيه والإرشاد للمنحرفين والمدمنين، إضافة إلى جانب التثقيف والتوعية الصحية مع المرضى في المجالات الطبية التي تتطلب وجود أخصائي اجتماعي، خصوصاً حينما يتصل المرض بمعتقدات أو سلوكيات خاطئة أو غير سوية.

ثانياً/ الأساليب الانفعالية:

هناك عدة آليات يمكن للأخصائي الاجتماعي استخدامها لأجل تطبيق التقنية الانفعالية من أهمها:

(أ) التخيل الانفعالي العقلاني:

التخيل هو تقنية ذهنية يتدرب عليها العميل للبدء في خلق نماذج انفعالية جديدة، حيث يتدرب العملاء على تخيل الأفكار والانفعالات والسلوكيات، ولما يريدون أن يكونوا عليه فعلاً في حياة الواقع، ويمكن للمعالج في هذه التقنية أن يظهر للعميل كيف تكون التخيلات والانفعالات السلبية، ثم كيف يستبدلها بتخيلات وانفعالات إيجابية تخدم ذات العميل وموقفه. وعندما ينجح المعالج في تغيير تخيلات العميل إلى الأفضل، فهذا مؤشر قوي إلى أن انفعالات العميل وسلوكياته ستتغير إلى الأفضل. وسيكون لذلك نتائج إيجابية على الموقف. هذه التقنية تبدو أكثر نجاحاً مع المشكلات الفردية أو التي ليس فيها أطراف متعددة. فضلاً عن أنها لا تحتاج إلى وقت طويل من التدريب، فالتدرب عليها قد لا يتجاوز بضعة أسابيع.

(ب) لعب الأدوار:

يستطيع المعالج من خلال استخدام هذه الآلية أن يطلع العميل على أحاديثه النفسية التي سببت الانزعاجات أو الاضطرابات. وبنفس الآلية يستطيع المعالج أن

يظهر كيف يمكن للعميل أن يستبدل انفعالاته السلبية بأخرى إيجابية . في هذه الآلية يكون التركيز على الاعتقادات اللاعقلانية ذات العلاقة بالانفعالات السالبة .

فالشخص الذي يرغب العمل في احدى الشركات المتميزة ولكنة يؤجل تقديم أوراقه ، نظراً لتخوفه من عدم اجتياز اختبار المقابلة ، سيقوده تفكيره إلى أنه شخص غبي أو غير كفؤ . من خلال تقنية لعب الأدوار يقوم الشخص بلعب دور المقابلة مع مدير التوظيف في الشركة ، مظهراً قلقه وأفكاره اللاعقلانية (غبي أو غير كفؤ) ثم متحدياً تلك الأفكار التي أخذها على أنها مسلمات ستحول دون قبوله في الوظيفة .

(ج) تمارين دحض العيوب:

بعض العملاء يعانون مما يشبه عقدة النقص التي تحول دون أدائهم بالشكل المطلوب ، ويمكن للمعالج في هذه الحالة أن يحفز العميل على أداء تمارين محددة تساعد على عدم الشعور بالخجل انفعالياً وسلوكياً . تمارين دحض العيوب يفترض أن ترفض وبشكل قوي الشعور المخجل ، وذلك بأن يقول العميل لذاته : ليس كارثة لو اعتقد شخص ما بأنني سخيف ، فهذه التقنية مفيدة جداً مع الأشخاص الذين يعانون من التردد أو الخوف من التحدث أمام الناس أو طرح سؤال خلال محاضرة . وأيضاً مع حالات الرهاب الاجتماعي .social phobia فمع مشكلة الخوف يستخدم الأخصائي الاجتماعي تقنية إرشادية خاصة بكسر خوف العميل . إذ يوضح للعميل أن دحض فكرة الخوف وكسر الرهاب يتطلب تأدية ثلاثة جوانب :

1) الابتعاد عن تضخيم الأشياء أو المواقف أكثر مما هي عليه .
2) عدم الاستغراق في التفكير لفترات طويلة حول الموقف أو الأشياء المخيفة .
3) الإيمان بأن زوال الخوف لن يكون إلاّ بمواجهة المواقف .

ثالثاً/ الأساليب السلوكية:

في التدخل المهني باستخدام الأساليب السلوكية يستخدم المعالج الكثير من عمليات العلاج السلوكي خصوصاً :

(أ)النمذجة:

تعد نمذجة السلوك modeling أو التعليم بالقدوة واحدة من آليات العلاج السلوكي ، التي تعني تدريب العميل على اقتباس وتبني نماذج أو ألوان من السلوك من الآخرين .

(ب) الإشراط الإجرائي:

الإشراط الإجرائي نوع من التعلم قدمه Skinner1938م ، عن طريقه يمكن تقوية السلوكيات أو إضعافها بتغيير نتائجها . وهو يختلف عن طريقة "إيفان بافلوف" الذي غير في المؤشر وليس في النتيجة . ففي طريقة "سكنر" يُكافأ العميل بشكل مستمر على الأفعال التي تقترب شيئاً فشيئاً من السلوك النهائي المطلوب القيام به . حيث يقوم المعالج بتشجيع وتحفيز العميل على الأفعال أو الاستجابات التي تؤدي أو تقود إلى السلوك الإيجابي المطلوب إحلاله محل السلوك السلبي . وتجدر الإشارة إلى أن الإشراط الإجرائي يستخدم أسلوب التنفير أو الحافز السلبي ؛ إضافة إلى الحافز الإيجابي . إلاّ أننا نرى أن التحفيز الإيجابي أكثر أمناً وأكثر فاعلية . فالأخصائي الاجتماعي المستخدم للعلاج العقلي السلوكي الوجداني سيجد أنه من السهولة عليه استخدام الإشراط اللفظي ، وهو لا يقل أهمية عن غيره . وعليه تكون المكافأة في شكل معززات اجتماعية ومعنوية كألفاظ المديح مثل : لا بأس ، جيد ، حسن ، ممتاز ، رائع . أو تعزيزات غير لفظية كالابتسامة ، والإشارات ، والإيماءات ، وتعبيرات الوجه المعززة أو المرضية وكذلك الرتب على الكتف .

(ج) الاسترخاء:

في هذه الآلية يقوم المعالج بتدريب العميل على الراحة التامة بدنياً وفكرياً في جو يشترط فيه الهدوء حتى يشعر العميل بالاسترخاء ، إلى أن تتلاشى التوترات أو المخاوف أو ما شابهها ، ومن فوائد هذه الآلية أن العميل خلال فترة الاسترخاء يكون أكثر قبولاً لعمليتي الإيحاء والتوجيه . فالعميل الذي يخاف من ركوب الطائرة مثلاً أو يُصاب بالتوتر حينما يذهب إلى أرض المطار سيكون أكثر قبولاً للتوجيه -خلال عملية الاسترخاء- بأن ذلك الخوف غير منطقي ، فرغم أن الطائرات معرضة للسقوط ، كذلك

السيارات معرضة لحوادث الاصطدام، ومع ذلك يركبها -العميل- باستمرار، كما أن هناك نتائج إيجابية أخرى يمكن أن تجُنى من خلال تلاشي الأعراض المرضية خلال عملية الاسترخاء. وعلى ذلك يمكن للمعالج تدريب العمَيل على تأدية هذه الآلية في حياته اليومية.

(د) التحصين المنظم:

تستخدم هذه التقنية مع العملاء ذوي المخاوف أو الأنماط السلوكية غير المؤثرة، حيث يقوم المعالج بتدريب العميل على الإقلال من ردود الأفعال الجسمية أو النفسية تجاه مؤثرات خارجية سببت ردود فعل سالبة. بعبارة أخرى تستخدم هذه التقنية العلاجية السلوكية لسلب الحساسية الخاطئة أو المرضية بشكل تدريجي إزاء شيئاً أو أمرٍ واقعيٍ وليس شيئاً وهمياً. ويكون ذلك بشكل تدريجي، فالشخص الذي يخاف من الحديث أمام جمع من الناس مثلاً يمكن أن يبدأ في الحديث أمام اثنين من أصدقائه ثم يتحدث أمام زملائه في الفصل ثم يتكلم في الطابور الصباحي أمام المدرسة وهكذا.

مهام المرشد الأسري في العلاج العقلي السلوكي الوجداني

ينطوي العلاج العقلي السلوكي الوجداني على حقيقة مفادها أن الناس، وبشكل عام، يملكون القدرة على أن يكونوا غير عقلانيين، كما أن لديهم القدرة التامة على أن يكونوا عقلانيين في أفكارهم وسلوكياتهم، وعلى ذلك يتمحور دور المعالج حول طرق وآليات المساعدة للعملاء ليكونوا عقلانيين وواقعيين في أفكارهم وسلوكياتهم.

يؤكد "إليس" (Ellis, 1999) بأن على المعالج مساعدة العملاء على التخلص من النظرة الدونية لذواتهم وإكسابهم فلسفة النظرية العقلية - الواقعية لذواتهم وللحياة وللناس وللأشياء، وذلك من خلال أهداف يضعها المعالج نصب عينية لأجل تحقيقها من لدن العميل منذ الخطوات المبكرة من العلاج، وتتلخص الأهداف في:

1- تقدير الذات وزيادة الاهتمام بالنفس.

2- تقدير المجتمع وزيادة الاحترام لثقافة المجتمع بشكل عام.

3- الثقة في الذات والاعتماد على النفس.

4- المرونة والتسامح.

5- الالتزام - بالحد المعقول - بالنظام .

6- الاعتمادية وتحمل الصعاب .

7- التفكير المنطقي والعقلاني السليم .

والمعالج المستخدم لنظرية العلاج العقلي السلوكي الوجداني يبتعد عن كل ما هو غامض أو غير واضح في عملية العلاج ، ثم يقوم بتعليم العميل كيف يظهر ويستخلص ويستنتج الأفكار والمعتقدات غير العقلانية التي قادت أو تقود إلى نتائج سلبية . بعدما يستطيع العميل أن يحدد تلك الأفكار والمعتقدات التي أدت إلى انفعالات وسلوكيات غير سوية ، سوف يدرك -العميل- كيف أنه كان يتشبث برؤى خاطئة . وعملية الاستبصار هذه لن تغير ذاتية العميل -وهذا ليس جوهر العلاج العقلي السلوكي الوجداني- وإنما مساعدة العميل على أن يدرك كيف أنه كان يعمل على تدمير ذاته بتلك الوساوس والمعتقدات الخاطئة ، وبالتالي يستطيع العميل أن يعرف مفتاح التغيير . ومن هنا يظهر لنا كيف أن المعالج الناجح هو الذي يُعلّم العملاء كل ذلك بالعمل الجاد وبالتدريبات العيادية ، ثم بالتكليف لتأدية التدريبات المنزلية ، التي من شأنها أن تقلل من قيمة الأفكار غير العقلانية ، التي تخلق شعوراً وسلوكاً غير صحيين أو غير سويين (Corey, 2001) .

وتعد الواجبات المنزلية التي يطرحها المعالج على العميل واحدة من الوسائل المهمة المحققة لتقنيات العلاج كالتدريب على القراءة ، والتدريب على تقدير الذات ، والتدريب على مناهضة الأفكار غير العقلانية ، وممارسة التفكير المنطقي والسلوك العقلاني . ومن المهام الضرورية للمعالج أيضاً التأكد من تأدية العميل للتدريبات بالشكل المطلوب ثم مدى استفادته منها .

ويقدم "إليس" (Ellis, 1998, 1999) مجموعة من المهام الأساسية التي يأخذ بها المعالج خلال مراحل العلاج مع العملاء وهذه المهام هي :

1) تشجيع العميل على كشف بعض الآراء والأفكار غير العقلانية التي تحفز أو تحدث السلوك الخاطئ أو المرضي .

2) تحدي العميل في القدرة على البرهنة على منطقية وعقلانية أفكاره الخاطئة .

3) الإظهار والمصارحة لأفكار العميل غير المنطقية .

4) استخدام النكتة والدعابة كآلية لمواجهة أفكار العميل غير العقلانية .

5) استخدام التحليل المنطقي للتقليل من معتقدات العميل غير العقلانية .

6) الإيضاح للعميل كيف أن أفكاره غير العقلانية عديمة الجدوى ثم كيف أنها تقود إلى خلق انفعالات وسلوكيات مضطربة .

7) الشرح للعميل كيف يمكن إحلال أفكار منطقية عقلانية محل الأفكار غير المنطقية وغير العقلانية .

8) تعليم العميل كيف ينهج باتجاه تفكيري - علمي جديد يمكّن العميل من فحص ، ثم الحد من الأفكار غير العقلانية ، والاستنتاجات غير المنطقية ، التي تحطم ذاتيته[1] .

المهارات الأساسية لممارس العلاج العقلي السلوكي الوجداني

هناك مجموعة من المهارات الأساسية التي يتطلبها العلاج العقلي السلوكي الوجداني في المعالج هي :

1- المهارة في قبول العميل كفرد له كرامته وإنسانيته حتى وإن كانت أفكاره سلبية أو خاطئة .

2- المهارة في المبادرة الجادة من أجل مساعدة العميل على التخلص من الأفكار والسلوكيات الخاطئة .

3- المهارة في الاستماع والإيضاح لآراء ومعتقدات العملاء حتى وأن بدت تافهة أو غير منطقية .

4- المهارة في فهم آليات العلاج وتطبيق آلياته بمرونة عملية مع العملاء ومع ذات المعالج في الحياة اليومية كمناهضة الأفكار غير المنطقية .

5- المهارة في الشرح وإيصال المعلومة والمكاشفة وإيراد الحجج والبراهين المدعمة للرأي أو المفندة للرأي الآخر .

6- المهارة في تحمل المسؤولية المهنية واختيار الأساليب العلاجية المناسبة للمواقف ومراعاة الفروق الفردية بين العملاء .

7- المهارة في تحفيز العملاء على الحديث والمصارحة والتشجيع الهادف لتغيير الأفكار وتبديل السلوكيات .

8- المهارة في الصبر والتحمل وبعد النظر إزاء المشكلات المعقدة .

9- المهارة في تعليم العملاء وتدريبهم على تقنيات علاجية منزلية .

10- المهارة في عدم التسرع في الحكم على المواقف والأفكار والآراء .

11- المهارة في تقييم التقدم في العلاج والشجاعة في اتخاذ القرار المناسب بناءً على نتائج التقييم .

12- المهارة في تقويم المعالج لذاته وتقويم الوضع كاملاً بعد الفراغ من العلاج نهائياً .

تعليق ختامي

يعد العلاج العقلي السلوكي الوجداني من أساليب العلاج التوجيهي الإرشادي ، إذ يبدأ العلاج بنقطة القبول والتقبل بين كل من المعالج والعميل ، وينتهي بالاتفاق المشترك بين الطرفين ، فهو أسلوب عملي- تقني يضمن حياة إيجابية ومرنة لجميع أفراد المجتمع وليس للمرضى فقط .

وعلى ذلك يقدم "إليس" (Ellis, 1994, 1997, 1998, 1999) مجموعة من النصائح والإرشادات العملية ، العامة التي على المعالج والعميل الإيمان بها وتوظيفها في العملية العلاجية والتدرب عليها في الحياة اليومية ، من أجل خلق حياة مرنة تتسم بالواقعية وتجنب الوقوع في الانفعالات أو السلوكيات الخاطئة أو غير السوية . ومن هذه النصائح ما يلي :

1) ليس شرطاً أن جميع الناس يتقنون استخدام الكمبيوتر ، وعلى ذلك لا يوجد أناس ناقصون وإنما يوجد أشخاص أقوياء أو ضعفاء في خاصية معينة .

2) الاتهامات التي تتكرر على مسامع شخص ما ليس شرطاً أن تكون صادقة ، وعلى ذلك يجب إخضاع تلك الاتهامات للتحكيم الفعلي والتمحيص والتحليل المنطقي ثم قبولها أو رفضها .

3) من لا يخطئ لا يصيب ، وعلى ذلك لابد من الجرأة ثم القدرة على تحليل الخطأ ، وأخيراً تأدية محاولة أخرى على ضوء ما اكتسبه الفرد وتعلمه من الدرس السابق (الخطأ) .

4) الناس جميعاً مجبولون على الخطأ والصواب ، وعلى ذلك فإن ارتكاب الأخطاء ليس عيباً مادام الشخص يستفيد من الأخطاء الجديدة ، والعيب والفشل في التقاعس عن العمل .

5) الشخص الذي يواجه إحباطات وإهانات من شخص آخر ، عليه أن يواجه تلك الإهانات ويتصدى لها . في البداية سيكون هناك نوع من الصعوبة وعدم المسرة ، لكنه في نهاية المطاف سيولد الرضا عن الذات ، ثم سيحول دون تكرار حدوث مثل ذلك الهجوم المتحامل .

6) هناك القليل فقط من الأحداث يمكن وصفها بأنها كوارث ، وعليه ، فمن الخطأ المبالغة في تهويل الحوادث ، لأن ذلك سيولد الاضطراب والقلق والخوف ثم الهرب من مواجهتها ، وهذا سر الفشل .

7) هناك بعض المواقف المخيفة التي يصعب مواجهتها مباشرة وبشكل تام ، وعليه فمواجهتها بشكل تدريجي سيكسر حاجز الخوف ، وفي نهاية المطاف سيتحقق التعامل معها بشكل تام .

8) الاهتمام بالمستقبل أمر جيد لكن الإفراط في الاهتمام به ثم التخوف منه هو أمر غير مرغوب .

9) أن نؤدي المهام الصعبة والخطرة ونحن خائفون أو وجلون أفضل من الهرب منها وتجنبها .

10) التفكير المستمر وإشغال الذهن في مشكلة ما ليس شرطاً أن يحلها علاوة على أنه سيزيد من حدة القلق والتوتر .

11) ليس هناك أناس أشرار وإنما هناك سلوكيات شريرة وأعمال سيئة .

12) الغضب والانفجار هما مبالغة فيما يريده الإنسان ويطلبه ، وعليه فالغضب لون من التكبر والغرور .

13) العالم لا يمكن أن يكون جنة لشخص ما وجحيماً لآخر ، وعليه فإن عدم الحصول على المراد أمر محزن وليس كارثة أو مصيبة .

14) الإنسان أكثر الكائنات تعقيداً فهو خليط من المتناقضات والسمات والمواهب ، وعليه ، فمن الخطأ الحكم على الشخص أو على ذاته من خلال أفعاله فقط .

15) البشر سواسية إلاّ في أفعالهم وأعمالهم فهم مختلفون، وعليه فلا يوجد شخص أحسن من الآخرين.

16) تأخير الواجبات والتعود على تأجيل الأعمال دون مبررات منطقية سيكون له مردودات سيئة أو مؤلمة.

17) أداء الأعمال وتأدية الواجبات في وقتها سلوك سوي، وعليه فالمبالغة في عملية الإتقان هو السلوك غير السوي.

18) البحث عن السعادة والرفاهية شيء طيب، وعليه فالحزن واليأس والتقاعس سلوكيات مذمومة.

نقاط القوة ونقاط الضعف

أولاً/ نقاط القوة:

1 - احتمالات تجاوب وتفاعل العميل مع المعالج كبيرة جداً مقارنة بأساليب علاجية أخرى، وذلك راجع إلى أن المعالج يبدأ مع العميل من خلال التعامل مع أفكاره السلبية أو غير العقلانية، وتفسيرها للعميل مسلطاً الضوء على أنها سبب السلوكيات السلبية أو غير العقلانية. وبمثل هذا الطرح المنطقي والمقنع تتعزز الثقة بين الأخصائي الاجتماعي والعميل، مما يكون له أثره في مساهمة العميل الفاعلة لاطمئنانه تجاه المعالج. بعبارة أخرى القوة في انطلاقة -بدء- العلاج من لدن العميل تعد إيجابية تدعم جدارة وأهلية العلاج العقلي السلوكي الوجداني.

2 - يمكن أن يطبق العلاج في الإرشاد الجماعي خصوصاً حينما تكون المشكلات متشابهة، كمشكلات الخوف أو الرهاب الاجتماعي أو إدمان الكحوليات أو ما شابهها، أو حتى حينما يتعلق الأمر بتعليم العملاء وتدريبهم على بعض تقنيات العلاج، كمناهضة الأفكار الخاطئة أو التدرب على تدريبات منزلية معينة؛ إما من أجل العلاج أو حتى من أجل التأهيل كتأكيد الذات أو التفاعل والاتصال الإيجابي مع الآخرين في المحيط الاجتماعي.

ثانياً/ نقاط الضعف:

1 - قدم "ألبرت إليس" ما يشبه القاعدة فيما يتعلق بتفسير حالات الغضب والاكتئاب والقلق وما شابهها. إلاّ أن هناك استثناءات عند الأطفال والضعفاء عقلياً أو من في حكمهم من المصابين بمرض الخرف dementia أو الاضطرابات العقلية mental disorder مما يحد من استخدامات العلاج في بعض مجالات الإرشاد.

2 - يرى العلاج أن عمليات التفكير والتأويل الذهني B هي المسؤول الأول عن النتيجة النهائية C، وفي الوقت ذاته B هي حلقة الوصل بين الأحداث الخارجية A وبين النتيجة النهائية C الذي هو الانفعال أو السلوك الخارجي. إلاّ أن العلاج لم يوضح الدرجة المثلى أو النموذجية، لنمط التفكير أو التأويل للحدث، فهناك أحداث خارجية تبعث على الأسى أو الحزن أو القلق أو الاكتئاب، كموت الأم أو فقد الابن أو طلاق الزوج أو ما شابهها، ولكن ووفقاً لمنظور العلاج العقلي السلوكي الوجداني يبقى التفكير المثالي أو التأويل النموذجي، لمثل هذه الأحداث عادة، مرهوناً بعوامل أخرى خارجية كطبيعة الحدث نفسه A أو ثقافة المجتمع أو غيرها من العوامل التي لم تأخذ أهميتها في نظرية العلاج العقلي السلوكي الوجداني.

الهوامش:

(1) ولد ألبرت إليس عام 1913م في مدينة بيتسبرج في ولاية بنسلفينيا . ثم وفي وقت مبكر ، انتقل إلى نيويورك . حينما بلغ من العمر 19 سنة عانى من التهابات مزمنة في الكلى ، سببت له مشاكل في المثانة ، وفي سن الأربعين أصيب بمرض السكري . هذه المشاكل فرضت عليه الالتزام بالعناية الصحية ، والصبر ، والكفاح ، مما جعله نشيطاً ، وقوي البنية . يوصف ألبرت إليس بأنه عالم وافر الإنتاج ، فقد مارس التوجيه والإرشاد في مجالات عدة ، ولأكثر من خمسين عاماً . كان يقابل حوالي 80 عميلاً خلال الأسبوع الواحد ، وفي جلسات فردية ، إضافة إلى عقد جلسات علاج جماعي . كما كان يقدم 200 ما بين محاضرة وورشة عمل (جلسات عمل) سنوياً . وفي مجال الكتابة والتأليف العلمي ، نشر ما يزيد عن 60 كتاباً ، وأكثر من 700 مقالة علمية ، وغالبيتها حول أسلوبه العلاجي الجديد . ألبرت إليس حاصل على الدبلوم الأكاديمي ، وعضو في البورد الأمريكي لعلم النفس الإكلينيكي ، والعلاج الطبي النفسي (Corey, 2001) .

(1) أشار "إليس" في أدبياته إلى أن المعالج يستخدم تقنية مناهضة الأفكار غير العقلانية ، ومن ذلك ما يتعلق بمناهضة تحقير الذات وتصغيرها ، الذي يشعره بعض العملاء ، نتيجة أخطاء ارتكبوها . حيث يذهب " إليس" إلى أن الشخص حينما يسرف في لوم ذاته ، وتأنيبها نتيجة سلوكياته غير لائقة ، فهو مدعاة إلى تكرار ظهور هذا السلوكيات ، ورغم غرابة هذه الرؤية بعض الشيء ، إلاّ أنها ليس لها تفسير واضح المعالم .

المراجع

-Corey, G. (2001). Theory and practice of counseling and psychotherapy) 6th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks-Cole/Wadsworth.

- Ellis, A. (1994). Reason and emotion in psychotherapy. Secaucus, NJ: Birch Lane.

- Ellis, A. (1997). The evolution of Albert Ellis and rational emotive behavior therapy. In: J. K. Zeig (Ed). The evolution of psychotherapy. NY: Brunner/Mazel.

- Ellis, A. (1998). How to control your anxiety before it controls you. Secaucus, NJ: Carol Publishing Group.

- Ellis, A. (1999). How to make yourself happy and remarkably less disturbable. San Luis Obispo, CA: Imact.

- Meichenbaum, D. (1997). The evolution of a cognitive-behavior therapist. In: J. K. Zeig (Ed) The evolution of psychotherapy. NY: Brunner/Mazel.

5

الفصل الخامس

العلاج الواقعي

- الجذور التاريخية .
- مدخل .
- الأفكار الفلسفية التي يقوم عليها العلاج الواقعي .
- أهداف العلاج الواقعي .
- خصائص المرشد الأسري الممارس للعلاج الواقعي .
- المهارات الأساسية لممارس العلاج الواقعي .
- خطوات التغيير وفقا لإستراتيجية العلاج الواقعي .
- مهام المرشد الأسري في العلاج الواقعي .
- تعليق ختامي .
- نقاط القوة ونقاط الضعف .

الجذور التاريخية

يرجع الفضل في تقديم العلاج الواقعي reality therapy إلى الدكتور "ويليام جلاسر" William Glasser الذي بدأ في الاتجاه نحو هذا الأسلوب العلاجي الحديث عام 1961م. في البدء كانت له اتجاهات نحو العلاج النفسي الإكلينيكي والطب النفسي. بعد ذلك بدأ في تحديد المفاهيم الأولية للعلاج الواقعي المعروف. وفي عام 1970م كان "جلاسر" يبحث عن نظرية تشرح تلك المفاهيم، حيث تبنى نظرية التحكم للعالم "ويليام بويرز" William Powers التي استفاد منها كثيرا في مجال الإرشاد، لإيمانه بقوة إمكانية التحكم كمفهوم أساس تقوم عليه النظرية. وقد قضى "جلاسر" عشرين عاما في شرح وتوضيح العلاج الواقعي بتوسع (Corey, 2001).

مع بداية عام 1996م توصل "جلاسر" إلى صورة واضحة عن ما كان يبحث عنه من نظرية، وفي تلك الأثناء قدم تعديلات على أسلوبه العلاجي، حتى أنه اقتنع من خلالها بعدم أهلية نظرية التحكم في شرح العلاج الواقعي. وفي نهاية المطاف اكتشف أن نظرية الاختيار Choice Theory تعكس مفاهيم العلاج الواقعي، على أنهما -نظرية الاختيار، والعلاج الواقعي- وجهان لعملة واحدة. ثم طرح "جلاسر" العلاج الواقعي على أنه مظلة تندرج تحته نظرية الاختيار، التي هي قلب وجوهر العلاج الواقعي (Glasser, 2000).

كان "جلاسر" يستخدم العلاج الواقعي بنجاح في جميع مجالات الطب النفسي ما عدا مجال الطفولة، الذي رأى بأن استخدام العلاج الواقعي فيه يكون مع الوالدين أكثر نجاحا وفاعلية، كما كان -وفي وقت مبكر- يستخدم تلك التقنية العلاجية في المدارس وفي مجال التعليم بشكل عام، موضحا أن التعليم الجيد هو الوسيلة الناجعة لتحقيق الحياة السعيدة. مع تلك النجاحات التي تحققت على يد "جلاسر" عُرف العلاج الواقعي ليس في الولايات المتحدة الأمريكية فقط، وإنما أيضا في الكثير من دول العالم (Corey, 2001).

مدخل

ينظر العلاج الواقعي إلى البشر على أنهم مسؤولون عن اختياراتهم لما سوف يعملون، بمعنى أن الأسلوب العلاجي يعتمد على الحاضر والمستقبل، أكثر من اعتماده على الماضي، فجميع المشكلات هي في الزمن الحاضر، حتى ولو كانت جذورها تمتد إلى الزمن الماضي، كما ينظر الأسلوب العلاجي إلى مشكلات العملاء على أنها نوع واحد تتمثل في "نقص عن الحد المأمول والكافي من التفاعلات والعلاقات الاجتماعية"، ومن هذا المنطلق فالمعالج الناجح هو الذي يستطيع أن يساعد العميل في تحقيق الفاعلية في علاقاته ومن ثم -وفي خطوات لاحقة- مساعدة العميل على تعلم أساليب أكثر فاعلية في سلوكياته وتصرفاته.

يرى "جلاسير" (Glasser, 1998) بأنه ليس من الضروري إخبار العميل بما يعاني منه، وهو في هذه النقطة يشير إلى أن الهدف من ذلك ضمان نجاح الأسلوب العلاجي، مؤكدا مرة أخرى على أنه يمكن إخبار العميل عند الضرورة القصوى. والتشخيص وفقا للعلاج الواقعي هو وصف لتصرفات العملاء التي اختاروها عند تفاعلهم مع الآخرين والتي سببت لهم الألم والمتاعب والإحباطات الداخلية وأشعرتهم بعدم الرضا الآني عن علاقاتهم مع الآخرين. والعملاء على ذلك الحال ليسوا مرضى عقليين، كمرضى الزهيمر، والصرع، وأمراض الدماغ الأخرى، الذين من المفترض أن يتم علاجهم أساسا لدى أطباء الأعصاب.

والعلاج الواقعي يتوقف بالدرجة الأولى على تعليم العملاء كيف يمكن أن يكونوا أكثر فاعلية من حيث اختيارهم للتصرفات والسلوكيات التي يحتاجونها لتحقيق التفاعل مع الآخرين في حياتهم اليومية. فنظرية الاختيار تشرح كيفية اختيار التصرف الذي يحسن العلاقات، وعلى هذا، ومن ذلك المنطلق، تعليم نظرية الاختيار للعملاء جزء مهم من العلاج الواقعي. ونتيجة لذلك يمكن قياس استفادة العميل من العلاج الواقعي، بمدى قدرته على اختيار تصرفاته وسلوكياته بكفاءة.

وفقا لفلسفة العلاج الواقعي على العميل المكتئب ألا يقول "أنا مكتئب" وإنما يفترض عليه أن يقول لنفسه وللآخرين "أنا اخترت أن أكون مكتئباً" ومن الأهمية بمكان التنويه إلى أن العلاقة المهنية والثقة المتبادلة بين الأخصائي الاجتماعي والعميل مهمة

لنجاح الأسلوب العلاجي ، وكما أن الأسلوب العلاجي يعتمد على مهارات المعالج ، فالعلاقة المهنية تعتمد أيضا على مهارات المعالج ، الذي من المتوقع أن يكون مهني متخصص قادر على تكوين العلاقة المهنية والمحافظة عليها ، ومن ثم تطبيق الأسلوب العلاجي .

العلاج الواقعي يقدم سؤالا مهما فحواه : ما هي الحياة الناجحة للإنسان؟ وجزء من إجابة السؤال ، وبشكل مبسط ، أن على الإنسان أن يكون لديه على الأقل علاقة واحدة تحقق الإشباع ، هذه العلاقة تزرع الرضا في الإنسان كحاجة لا بد من نموها (Corey, 2001) .

الأفكار الفلسفية التي يقوم عليها العلاج الواقعي

أولاً/ نظرية الاختيار:

تفترض نظرية الاختيار أن الإنسان ليس مولودا كصفحة بيضاء ، ثم تتولى الحياة الكتابة فيها منذ اليوم الأول بعد الولادة ، وإنما الإنسان مولود ومعه خمس موروثات هي في الحقيقة حاجات أساسية لكل إنسان تقوده خلال حياته اليومية ، ربما بشكل غير واضح ، وهي الحاجة للبقاء ، والحاجة للحب والانتماء ، والحاجة للقوة والتملك ، والحاجة للحرية والاستقلالية ، وأخيرا الحاجة للمرح . فكل إنسان لديه هذه الحاجات الخمس ، ولكن قوة كل حاجة تختلف من فرد لآخر . ووفقا لذلك ، فعدم الشعور بالرضا مرده عدم إشباع واحد أو أكثر من هذه الحاجات . الإنسان ربما لا يكون واعيا بحاجاته بقدر وعيه بأنه متعب نفسيا ، ومن هذا المنطلق يكون دور الممارس المهني تدريس أو تعليم العميل نظرية الاختيار التي ستمكنه من التعرف على الحاجة غير المشبعة سعيا لإشباعها . وفي نهاية المطاف إذا نجح العميل في فهم وتطبيق النظرية سيتولد لديه الشعور بالرضا وتنجلي المشكلة (Glasser, 1999 ; Corey, 2001) .

تؤكد نظرية الاختيار على أن جميع ما نعمله منذ الولادة وحتى الوفاة هي سلوكيات مختارة ومدفوعة من الداخل ، وجملة كل سلوك أو تصرف هو دائما أفضل محاولة عملت لأجل إشباع حاجة أو أكثر . والسلوك المحدد دائما له هدف لأنه يأتي ليسد الفجوة بين المأمول والواقع . جملة السلوك تعلمنا بأن السلوكيات وبشكل عام هي نتاج أربعة أجزاء واضحة ومترابطة هي :

1- الشعور.

2- التفكير.

3- وظائف الأعضاء.

4- الحركات.

هذه الأجزاء الأربعة لابد وأن ترافق أعمالنا، وشعورنا وتفكيرنا. ولتوضيح كيف تعمل هذه الأجزاء الأربعة نمثل للسلوك المختار بالسيارة، فالمحرك هو الحاجة الأساسية للإنسان، والمقود هو الذي يمكننا من اختيار الاتجاه الذي نريد، أما الأربعة أجزاء: الشعور، والتفكير، ووظائف الأعضاء، والحركات فهي العجلات الأربعة. التفكير والعمل مختارات، لذا فهن العجلات الأمامية، أما الشعور ووظائف الأعضاء فهي العجلات الخلفية التي عليها أن تتبع العجلات الأمامية حيث لا يمكن اختيارها بشكل مباشر، وإنما يمكن اختيارها بشكل غير مباشر. فعلى سبيل المثال لو أن شخصا ما اختار أن يضرب برأسه في الحائط فهو سيؤلم رأسه، ولو اختار أن يجري في الحر فسوف يعرق بدنه. في كلا المثالين كان اختيار التفكير ثم العمل سابقين على اختيار ألم الرأس "الشعور" وتعرق البدن "وظائف الأعضاء".

ثانياً/ المسؤولية:

البشر مسؤولون عن قلقهم واكتئابهم وغضبهم وأوجاعهم، وهم حينما يختارون الشقاء يختارونه على أنه الأفضل بالنسبة لهم ولما يريدون، فالممارس المهني حينما يبدأ في تعليم العميل نظرية الاختيار -في الغالب- يعترض العميل قائلا: "أنا أتألم، لا تقل لي بأنني اخترت هذا الوضع" وعلى الممارس المهني أن يجيب بأن الاختيار لم يكن مباشرا، وهنا قد لا يقتنع العميل قائلا: ولماذا نختار الألم والمعاناة؟ والإجابة عن هذا السؤال أوردها "جلاسر" (Glasser, 1998; 2000) في ثلاثة تبريرات، تجيب عن التساؤل التالي: لماذا يختار الناس الألم والمعاناة؟

1- حينما يشارك الإنسان أو يدخل في علاقات غير مشبعة أو محبطة، فمن الطبيعي أن يتولد الغضب، بسبب هذا الغضب قد يسيء الإنسان في القول أو الفعل في حق شخص أو أشخاص آخرين، ثم تأتي الكآبة وربما أعراض مرضية أخرى كخيار لردع الغضب.

2- الكآبة هي الطريق الشائع الذي اكتشفه الإنسان لأجل طلب المساعدة وبدون توسل أو استجداء، أليس الإنسان حينما يتألم تمد له يد المساعدة دون أن يطلبها؟

3- الكآبة والأعراض المرضية الأخرى تجعل الإنسان يتجنب عمل الأشياء التي يخشاها، أو لديه خوف منها، فعلى سبيل المثال لو فصل شخص من عمله بالتأكيد ستتولد لديه الكآبة، وقد يقول له الآخرون: "هيا بسرعة ابحث عن وظيفة أخرى لأن انتظارك الطويل سيصعب عليك الحصول على عمل بديل" وهذا كلام صحيح، ولكن لأنه يخاف من التجربة مرة أخرى أو من النبذ أو الرفض في حالة عدم حصوله على وظيفة جديدة، سيختار الكآبة قائلا: "سأبحث عن وظيفة بديلة، ولكن لأنني مكتئب سأؤجل البحث".

وبما أن الإنسان هو الذي يختار أعماله، إذن هو المسؤول عن اختياراته. وفي العلاقات الاجتماعية ليس هذا معناه بأن الإنسان عليه أن يلوم أو يعاقب نفسه. ولكن الأخصائي الاجتماعي يدرك أن العملاء مسؤولون عن اختياراتهم، رغم أن العملاء يرفضون وبشدة فكرة أنهم اختاروا السلوك المرفوض أو اختاروا العناد لأنفسهم، لذا لابد أن يكون الأخصائي الاجتماعي واعياً لئلا يدخل في نقاش ساخن مع العميل حول هذا الموضوع، حيث وفي مثل هذه المواقف يفضل أن يركز الأخصائي الاجتماعي على نقطة هنا والآن، أي ما يمكن للعميل أن يختاره كالتقرب إلى الناس الذين يحتاج إليهم. على سبيل المثال الموظف الذي لديه علاقات سيئة مع رئيسه، عوضاً عن أن يختار اللوم، لماذا لا يختار التعاون والاحترام في العلاقة بينه وبين الرئيس، لأن الموظف قد خسر في الاختيار الأول، الذي هو العلاقة السيئة التي جلبت له المتاعب، فقد ينجح في الاختيار الثاني الذي هو التعاون والاحترام.

ثالثاً/ منطقة الخواص:

ترى نظرية الاختيار أن هناك جزءاً صغيراً في مخ الإنسان مسؤول عن عمليات الإشباع، هذا الجزء يسمى "منطقة الخواص" وهذه المنطقة يمكن أن تحتوي على صور لأناس نعرفهم أو حتى نتمنى أن نعرفهم كالمشاهير مثلاً. وكذلك تحتوي منطقة الخواص على أشياء نرغب في امتلاكها كامتلاك سيارة فاخرة مثلاً. كما تحتوي منطقة

الخواص على الآراء والمعتقدات الخاصة بالدين والسياسة والموضوعات الأخرى الممتعة بالنسبة لنا .

منطقة الخواص تتمركز حول الحاجات وإشباعها ، إلاّ أنها أكثر خصوصية فيما يتعلق بالخواص . فعلى سبيل المثال لا تحتوي منطقة الخواص إلاّ على أناس نرغب في الاتصال بهم وفتح قنوات اتصال معهم ، ولأهمية ذلك فإن المعالج الناجح هو الذي يستطيع التأثير على منطقة خواص العميل من خلال تعليمه كيفية التقرب بالطريق الصحيح نحو الناس الذين يرغب في التعامل والتقرب منهم (Corey, 2001) .

رابعاً / التحكم في العلاقات:

العلاج الواقعي يركز مباشرة على العلاقات الناقصة أو غير المشبعة والتي تسبب الكآبة كمشكلة . ومعرفة المشكلة وفهمها لا يتطلب جهدا أو مهارات محددة بالنسبة للمعالج . فالعميل في مثل هذا الموقف يلقي بلوم الإخفاق على الجانب الآخر من تلك العلاقة التي جلبت الشقاء الذي يعاني منه . والعلاج الواقعي لا يبحث عمن هو المذنب وإنما يركز على كيفية التحكم في مثل تلك العلاقة ، هذه النقطة يفترض أن يتفهمها الأخصائي الاجتماعي قبل العميل ، لأن العملاء في مثل تلك المواقف يشعرون بالضعف واليأس والوهن ويبررون ذلك بأنه نصيبهم وقدرهم في الحياة ، وفي هذه الحالة يقوم الأخصائي الاجتماعي بتوضيح أن ذلك صحيح إلى حد ما ، ولكن هل من المستحيل أن يكون نصيبك وقدرك أن تغير مجرى حياتك بنفسك نحو الأفضل . تذمر العملاء ربما يجعلهم يشعرون بشيء من الارتياح كلون من ألوان التنفيس الوجداني ، ولكن هذا يفترض أن يكون لوقت قصير ، لأن التذمر ليس فعالاً مع السلوكيات والتصرفات التي هي هدف العلاج الواقعي (Glasser, 1989) .

على الأخصائي الاجتماعي أن ينبه العميل على أن التذمر لا يجلب السعادة . ولو كان كذلك لسعد كثير من الناس الذين يتذمرون بشكل يومي ، كما أن على الأخصائي الاجتماعي ألا يستمع كثيراً إلى تذمر ولوم ونقد العملاء لأنها ليست لها أي فاعلية نحو السلوك ، ومن جانب آخر أنها تدعو إلى القهر ، لذا لابد أن تنجلي من العلاج ضمانا لنجاح العلاج الواقعي مع العميل (Glassre, 1989) .

خامساً/ رفض التحويل أو الإسقاط:

إن العلاج الواقعي يرفض وبشدة مبدأ الإسقاط أو الإحالة . ويعتبر رفض التحويل أو الإسقاط من المسائل الأولية والأساسية التي على الأخصائي الاجتماعي والعميل أن يتفقا وبوضوح على أن المسؤولية هي مسؤولية العميل وليست مسؤولية أي شخص آخر . قد يتهرب العميل من ذلك ، ولكن على الأخصائي الاجتماعي أن يكون أكثر وضوحاً وصدقاً ، ويوضح للعميل بأن ذلك في صالحه ، لأن تجنب الإسقاط يعني إدراك المسؤولية الشخصية من السلوك . والعلاج الواقعي يعتمد وبشكل كبير على الواقعية ، التي هي الحقيقة بغض النظر عن شكلها أو سلبيتها (Corey, 2001) .

سادساً/ التأكيد على الحاضر:

يرى "جلاسر" (Glasser, 2000) بأن الغالبية العظمى من العملاء يحتاجون إلى الأخصائي الاجتماعي لأنهم يعانون من مشكلات حدثت في الماضي وهم قد يدركون ذلك ، وقد تكون لديهم القدرة على استعادة الماضي ومناقشته مع المعالج . فمن الأسباب التي تجعل العملاء يناقشون الماضي ، ويغفلون الحاضر اعتقادهم بأن هذا ما يريده الأخصائي الاجتماعي . والحقيقة أن نتاج الماضي له بعدان :

1- نتاج الماضي لا يمكن تغييره .

2- نتاج الماضي لابد من معرفته وفهمه .

في العلاج الواقعي يتجنب العملاء الوضع المشكل بالنسبة لهم -الذي هو في العلاج الواقعي العلاقات الحالية غير المشبعة أو ناقصة الإشباع- حينما تكون لدى العملاء مشكلات من الماضي تصل إلى سن الطفولة ، فهذا يعني أنه كانت هناك إساءة في معاملته كطفل ، هذا من جانب ، ومن جانب آخر يؤخذ هذا من وجهة نظر العلاج الواقعي على أنه ليس هناك ضرورة للخلاف حول من هو المخطئ أو المسيء ، لأن حدث الماضي لا يمكن مسحه ولا يمكن تبديله ، حتى وإن كانت أحداثه تؤذينا حالياً ، وبذلك يفترض ألا يكون العملاء ضحايا للماضي المرير ، ما لم يختاروا أن يكونوا كذلك . لذلك بحث الماضي ومناقشته لون من إضاعة للوقت وإهدار للجهد . وكل ما نحتاج إليه في العلاج الواقعي هو محاولة تغيير الحاضر إلى الأحسن من خلال تغيير السلوكيات والتصرفات والاقتراب أكثر من الناس الذين يكون العميل في حاجة إليهم . (Glasser, 2000)

على الأخصائي الاجتماعي ألا يرفض مناقشة الماضي قطعيا ، ولكن لا بأس أن يكرس الوقت الكافي الذي يمكن من خلاله التوضيح والتأكيد للعميل بأن إخفاقات الماضي ليس مرفوضا الحديث عنه لأجل الرفض فقط ، وإنما لأن الماضي لا يمكن تغييره ، وعلى الأخصائي الاجتماعي أيضا أن يؤكد على أهمية القرب من المشكلة الحالية ، عوضا عن القرب من الماضي (Glasser, 2000) .

سابعاً/ تجنب التركيز على الأعراض المرضية:

مثلما أن العلاج الواقعي يدعو إلى تجنب صرف وقت طويل في مناقشة أحداث الماضي مع العميل ، فهو يؤكد على الفكرة نفسها فيما يتعلق بالأعراض المرضية . فالآلام والأعراض المرضية التي اختارها العميل – وفقا لإستراتيجية العلاج الواقعي – ليست ذات أهمية بالغة . وعلى الأخصائي الاجتماعي أن يصرف وقتا قليلا في التركيز على الآلام والأعراض المرضية ، والسبب أنه ليس هناك من فائدة من التركيز على الآلام والأعراض المرضية ما لم تتحسن علاقات العميل التي هي في الواقع سبب الآلام والأعراض المرضية (Corey, 2001) .

يقول "جلاسر" استنادا إلى خبرته الطويلة في ممارسة العلاج الواقعي ، بأن العملاء لا يملون من الحديث عن آلامهم "يتذمرون" طالما أن المعالج يستمع ، لذلك فإن الاستمرار في الحديث عن آلام والأعراض المرضية كالاستمرار في الحديث عن ماضي العميل ؛ كلا الحالتين من شأنهما إطالة العملية العلاجية أو إعاقتها ، وهو ما ليس في صالح كلا الاثنين المعالج والعميل (Glasser, 2000) .

أهداف العلاج الواقعي

تتلخص أهداف العلاج الواقعي في الجوانب التالية :

1- مساعدة العميل على إيجاد اتصال أو إعادة الاتصال بالآخرين الذين يطمح في الاتصال بهم .
2- تعليم العملاء نظرية الاختيار .
3- تحقيق الاتصال الجيد بين الأخصائي الاجتماعي والعميل الذي هو الطريق الوحيد للتأثير وإنجاز أهداف العلاج الواقعي .

4- التركيز على الحاضر أكثر من التركيز على الماضي .

5- اشتراك الأخصائي الاجتماعي والعميل في عملية تقويم علاقات العميل ، بما يتيح الفرصة أمام العميل لتحديد ما يحتاجه لرفع كفاءة علاقاته أو إيجاد علاقات جديدة ذات فاعلية .

خصائص المرشد الأسري الممارس للعلاج الواقعي

1- الهدوء والرزانة .

2- التعاطف .

3- النشاط والحيوية .

4- إعطاء اعتبار واهتمام واحترام للعملاء وتقدير حاجاتهم .

5- الصراحة والوضوح .

6- امتلاك حد معقول من المنطقية والواقعية .

المهارات الأساسية لممارس العلاج الواقعي

1- مهارة تقبل العملاء .

2- مهارة الاستماع للعملاء وفهم حاجاتهم .

3- مهارة إدارة الحديث وفتح مجالات لنقاش متنوع ذي علاقة بالموضوع .

4- مهارة المواجهة عند كشف واقع سلوكيات العميل ونتائجها السلبية عليه .

5- مهارة التفكير والتبرير المنطقي والواقعي .

خطوات التغيير وفقا لإستراتيجية العلاج الواقعي

حسب طريقة "وديب" التي اقترحها "جلاسير و بولدينج" والتي رمزا لها بالأحرف الإنجليزية WDEP وتعني :

W = wants & needs

D = direction

E = evaluation

P = plan & commitment

إشارة إلى أن هناك استراتيجيات أربع لعملية التغيير هي : (Glasser, 1980 ; Wubbolding, 2000)

1- ما يريده ويحتاجه العميل:

بواسطة مهارة الأخصائي الاجتماعي في طرح تساؤلات على العميل حول ما يريده من العلاج يمكن للعميل أن يتوصل ويدرك ما يريده ، وهذه العملية بشكل مبسط هدفها تقويم وموازنة ما في داخل العميل "منطقة الخواص" مع ما في الخارج "سلوكيات" ، إضافة إلى أن العميل -ومن خلال تساؤلات الأخصائي الاجتماعي- سيتعرف على ماذا يتوقع وماذا يريد من الأخصائي الاجتماعي ، ثم ماذا يتوقع وماذا يريد من نفسه .

ومن أمثلة الأسئلة التي يمكن للأخصائي الاجتماعي طرحها على العميل ما يلي :

- هل حقا تريد أن تغير في حياتك؟
- ما الذي تعتقد أنه يعيقك عن تحقيق التغيير الذي تريده في حياتك؟
- لو لم تكن أنت ، فمن تتمنى أن تكون؟
- كيف ستكون أسرتك لو حققت ما تريد ، وحققوا هم ما يريدون؟
- كيف ستكون لو أنك تعيش كما ترغب وتطمح ؟

2- التوجه:

التوجه يحمل الأخصائي الاجتماعي على مناقشة العملاء حول توجهاتهم الحالية وإلى أين ستأخذهم سلوكياتهم . هذا ليس لونا من التوبيخ بقصد ما هو كشف وتقدير للاتجاه الصحيح الذي يحتاجه العملاء . فالأخصائي الاجتماعي كحامل المرآة بشكل متزن ليري العميل ذاته ، والعميل هو الذي يحدد الملامح ويرسم الاتجاه . عملية الكشف والتقييم قد تأخذ وقتا طويلا حتى يتوصل العميل بنفسه إلى الهدف الذي هو التوجه الصحيح .

وكما سبق حول موضع الأحداث الماضية ، الماضي ليس له أي قيمة في العلاج الواقعي ما لم يكن له درجة من التأثير الملموس على العميل في الوقت الحاضر . في العلاج الواقعي الحاضر هو مركز العمل ، وكما سبق أيضا الماضي يمكن مناقشته إذا كان له إيجابية في تخطيط العميل لمستقبله .

إن الاستماع إلى العملاء أمر مفيد، وذو نتائج في العلاج الواقعي متى كان -كلام العملاء- ذا علاقة، لذا على الأخصائي الاجتماعي أن يتيقظ لذلك وأن تكون لديه زمام تسيير الحوار. والحوار في العلاج الواقعي يتمركز حول جملة سلوكيات العميل الحالية. هذه التقنية من شأنها أن تساعد العميل على تحقيق ما يحتاج وما يريد، والتي تعرف عليها العميل وأدركها من خلال الإستراتيجية السابقة "ما يريده ويحتاجه العميل".

3- التقويم:

بما أن العلاج الواقعي يعبر عن فن توجيه وإرشاد العملاء فهذا يعني أن العلاج الواقعي يعتمد على التواصل والحوار بين المعالج والعميل. إن طرح أسئلة ذات مغزى من قبل المعالج يعد أسلوبا فعالاً ثبتت جدواه مع كثير من العملاء، لأجل جعلهم يتحدثون عمّا في داخلهم، وخصوصاً فيما يتعلق بتقويم سلوكياتهم وتصرفاتهم. ومن أمثلة الأسئلة التي يمكن للأخصائي الاجتماعي أن يطرحها لحث العميل على تقويم سلوكياته وتصرفاته ما يلي:

- هل منحك سلوكك الحالي ما تريد؟
- هل ترى أن سلوكك الحالي سيأخذك نحو الاتجاه الذي تريده وتطمح إليه؟
- هل ترى أن ما تريده يمكن تحقيقه أو الحصول عليه؟
- حينما تتمعن في سلوكياتك هل ترى فيها ما يخالف المعهود؟
- حينما تتمعن في سلوكياتك هل ترى بأنها أفضل ما لديك وأفضل ما يمكن أن تعمله؟
- حينما تتمعن في سلوكياتك هل ترى بأنها الأفضل بالنسبة للآخرين؟

مثل هذه الأسئلة التي يطرحها الأخصائي الاجتماعي بمهارة على العميل من شأنها إتاحة الفرصة له لتقويم سلوكياته، فهي دعوة واضحة وصريحة لتقويم كل جزء من سلوكيات وتصرفات العميل. إن مهمة التقويم من المهام الرئيسة التي يقودها المعالج لتمكين العميل من تقويم أفعاله ثم الاختيار الأمثل والفعال للسلوك. وتجدر الإشارة إلى أهمية الصدق مع الذات من جانب العميل، وهو ما يؤكد على أهمية الدور الحيوي الذي يمكن أن يلعبه الأخصائي الاجتماعي لتنفيذ عملية التقويم بشكل محدد وبأسلوب واعٍ حيث يعتبر التقويم عملية ذهنية وشعورية ومقصودة.

إن عملية التقويم تتطلب من الأخصائي الاجتماعي أن يكون واضحا وصريحا ومباشرا منذ الجلسات الأولى مع العميل، على سبيل المثال العمل مع المرضى المدمنين يتطلب قدرا كبيرا من الوضوح والصراحة المباشرة والمبكرة. أما عملاء الأزمات فالعمل معهم يتطلب تلميحاً مبكراً من قبل الأخصائي الاجتماعي نحو الأفضل لهم، وفي المقابل فإن العملاء القصر يأخذون وقتاً أطول حتى يتوصلوا إلى التقويم السليم وذلك لعجزهم أو لعدم قدرتهم على التفكير السليم، وتمحيص السلوك، ولعدم وعيهم بما يحتاجون، أو معقولية ما يحتاجون.

4- التخطيط والتنفيذ:

حينما يحدد العميل -بطريقة واعية ومحددة ماذا يريد- يكون الوقت قد حان لاكتشاف سلوكيات بديلة، عند هذه النقطة أيضا يكون العميل قادرا على وضع خطة عمل تستهدف انتقاء وتنفيذ السلوكيات البديلة. ولعملية التخطيط أهداف عديدة من أهمها:

- التخطيط مقياس لمدى نجاح العميل في معرفة السلوك الخاطئ والمراد تغييره والسلوك المراد إحلاله.
- التخطيط يمكن العميل من التحكم في حياته.
- التخطيط رغم أنه ليس من المراحل الأولية في العمل بين الأخصائي الاجتماعي والعميل إلاّ أنه يتيح فرصاً أمام العميل لتحديد ما يريد بشكل دقيق.
- التخطيط يعتبر نقطة البدء في عملية التنفيذ.
- التخطيط يقود العميل إلى مستوى عال من الوعي والإدراك الذي يمكنه من القياس والمقارنة بين ما يريد وما سوف يعمل.

ويتلخص دور الأخصائي الاجتماعي في عملية التخطيط في الجوانب التالية:

- مساعدة العميل على الاستبصار من خلال المقارنة بين ما يريده وما سيفعله مستقبلا.
- مساعدة العميل على وضع خطة واقعية وقابلة للتنفيذ.
- مساعدة العميل على رسم الخطة أو كتابتها ووضعها في شكل خطوات.

- مساعدة العميل على تقويم الخطة بعد وضعها نظريا ثم تقسيمها إلى خطوات خلال مراحل التنفيذ .
- مساعدة العميل على تعديل الخطة أو استبدالها في حالة عدم جدواها .
- تشجيع العميل عند التخطيط حتى لو كانت الخطة بسيطة طالما سيكون لها مردود إيجابي .
- التوضيح للعميل بأن الخطة المتوقفة على أشياء خارجية أو أشخاص آخرين ليس بالضرورة تنفيذها والتحكم بها بشكل كامل .
- الاستمرار في التأكيد على مسؤولية العميل في عملية التخطيط والتنفيذ .

خصائص الخطة المثالية:

- البساطة وعدم التعقيد .
- الواقعية .
- قابليتها للتنفيذ (مدى قدرة العميل على تنفيذها) .
- قابليتها للتعديل أو التغيير (مرنة يمكن التحكم فيها) .
- احتواؤها على عناصر واضحة ومحددة يراد تنفيذها .
- أن تكون محددة وموجهة مباشرة نحو الهدف الذي وضعت من أجله .
- قابليتها للقياس .
- الخطة الفعالة هي التي يمكن تنفيذها بشكل يومي (كالبحث عن وظيفة، أو التخفيف من الأكل أو من شرب السجائر مثلا) .

أما ما يتعلق بالتنفيذ فهي الخطوة التي تلي التخطيط مباشرة . والخطة ليست لها قيمة ما لم تنفذ، والعميل هو الطرف المسؤول عن طريقة تنفيذ الخطة . والعلاج الفعال هو المحفز للعميل لأجل تحمل المسؤولية وتطبيق الخطة بشكل مستمر خلال حياته اليومية . وبما أن عملية التنفيذ تعتبر من أصعب المراحل في عملية التدخل فقد يواجه العميل بعض المحبطات، إلاّ أن المعالج الناجح يكون واعياً لذلك بحيث يعمل على تحفيز وتشجيع العميل على العمل والمواصلة . هذا التشجيع يشعر العميل باهتمام الأخصائي الاجتماعي ويزود العميل بالأمل والثقة في مواجهة الموقف المشكل .

مهام المرشد الأسري في العلاج الواقعي

أولاً: التقبل:

يعتبر التقبل في العلاج الواقعي بمثابة الخطوة الأولى للاتصال والتفاعل بين الأخصائي الاجتماعي والعميل. وقد يلاحظ -في بداية كل عمل- أن كثيرا من العملاء لا يملكون رأيا واضحا ومحددا بشأن المرشد الأسري سواء كإنسان أو كمعالج. وعادة ما يسأل العميل نفسه هل يستطيع هذا المعالج أن يساعدني حقا؟ ومتى ما أدرك المرشد الأسري هذه النقطة، سيبذل جهدا كبيرا في جذب العميل للحديث الصريح وتبادل الرأي.

ويؤكد "جلاسر" على وجود فوارق واختلافات بين المعالجين في تطبيق العلاج الواقعي هذه الفوارق تعبر عن اختلاف خصائص وسمات الشخصية بحيث يكون لكل معالج أسلوبه الشخصي في العمل والتطبيق. والمعالج الناجح هو الذي يعمل باستمرار على تنمية وتفعيل أسلوبه الخاص (Glasser, 1980).

الممارس المهني الذي يرغب في تطبيق العلاج الواقعي بنجاح هو من يستطيع تقبل عملائه وتكوين علاقة مهنية مع كل عميل ينشد المساعدة. والمرشد الأسري الذي يحب عمله يجد نفسه مرتاحا في الجلوس مع العملاء والاستماع إليهم.

بعض العملاء لديهم قناعة بأنهم ليسوا في حاجة إلى أحد، بل قد يسخرون من فكرة العلاقة غير المشبعة أو المنقوصة، وفي مثل هذه الحالات يضطر المعالج إلى ترك الأهداف الأساسية للعلاج الواقعي جانباً والتركيز فقط على إيجاد التواصل مع هؤلاء العملاء (Glasser, 2000; Corey, 2001).

ثانياً: التوجيه:

بما أن نظرية الاختيار هي جوهر العلاج الواقعي، فإن المرشد الأسري بحاجة إلى شرح النظرية للعميل. في هذه المرحلة تحديدا يؤدي المعالج دور المعلم، ويكون العميل بمثابة التلميذ، تماما كما في المدرسة. لابد أن يتأكد المعالج من استيعاب العميل للنظرية، وقد يلجأ المعالج إلى وسائل وأدوات مختلفة لتوضيح النظرية، كما ينبغي أن يكون جاهزاً للإجابة عن تساؤلات واستفسارات وملاحظات العميل حول

النظرية . ومن العلاقة المهنية الجيدة يمكن للمرشد الأسري أن يلمس مدى رضا العميل عن النظرية وعن المعالج أيضا . ومن جانب العميل سيتعلم من علاقته بالمعالج نظرية الاختيار إضافة إلى أهمية العلاقة مع الآخرين .

في الكثير من الحالات قد لا يثق العميل في جدوى النظرية ، وقد يحاول رفضها بأسلوب أو بآخر رغبة في استخدام أساليب يعرفها واستخدمها في السابق . وفي هذه الحالة يرفض المعالج أساليب تهرب العميل من ذلك ، حينما يجد العميل نفسه أمام تطبيق النظرية ويقدم محاولات ومبادرات بسيطة ومبدئية ، سيجد نفسه يستمتع بفكرة النظرية ، سيبدأ في تغيير آرائِه السابقة نحو فلسفة الاختيار ، سواء كانت آراؤه السابقة مجرد تجنب أو عدم ثقة أو حتى كانت نقد ورفض لنظرية الاختيار . وفي المراحل اللاحقة سيجد العميل نفسه وبتشجيع من المعالج قادراً على إيجاد علاقات ناجحة تحقق الإشباع والرضا متجنبا سلوكيات النقد واللوم (Glasser, 1998; 1999) .

ثالثاً: التغيير:

في العلاج الواقعي يبدأ المعالج عادة بسؤال العميل حول ما يريده من العلاج ، فيما بعد يمكن للمعالج أن يستفسر من العميل عن خياراته ، خاصة فيما يتعلق بالعلاقات ، على أن الخلل – وكما سبق – سيكون محيط العلاقات . في بعض المواقف قد يتعجب العميل قائلا : "أنا فقط مكتئب ، مشكلتي الاكتئاب ، وليست العلاقات !" . وفي مواقف أخرى قد يقول العميل : "طبعا أنا مكتئب ، ولو كان لديك مثل زوجتي لكنت أنت مكتئبا أيضا ، ولكني لا أريد الطلاق إنما أريد إزالة الاكتئاب" . في كلا المثالين تجنب العميل الحديث عن لب المشكلة التي هى الإخفاق في العلاقات . وفي الجلسة الأولى أو الجلسات المبكرة مع العميل سيعرف المعالج ما يحتاجه العميل ثم يستطيع أن يحدد المفتاح الذي هو الطرف الآخر في العلاقة ، وعادة ما يكون أحد المحيطين بالعميل كأحد الزوجين – كما في المثال السابق – أو الوالدين أو في العمل (Corey, 2001) .

بما أن المشكلة غالبا ما تكون في العلاقات ، فالعملاء في كثير من الأحيان يحاولون إلقاء اللوم على الطرف الآخر من العلاقة ، حينما يسأل المعالج العميل هل لديه القدرة على التحكم في سلوكيات الآخرين سيجد العميل نفسه مضطرا للنظر إلى

الطرف الأول في العلاقة الذي هو العميل ذاته، ولفاعلية السؤال السابق يمكن أن يعيده المعالج على العميل مراراً حتى يضع العميل يده على جوهر المشكلة. وجوهر المشكلة وفقا لسؤال المعالج هي إجابة العميل أن لديه القدرة على التحكم في سلوكياته هو فقط. حينما يتحقق ذلك في الجلسات الأولى من العلاج فهو مؤشر إلى البدء في الوصول إلى فاعلية العلاج الواقعي. حيث تتركز الخطوات اللاحقة على عمل خيارات أفضل من الخيارات السابقة التي عكست الاكتئاب كمشكلة أو كنتيجة لمشكلة، وفقاً لمنظور العلاج الواقعي (Glasser, 1980).

هناك خيارات كثيرة ربما لا يدركها العملاء، وبمساعدة المعالج يمكن الكشف عن خيارات أخرى يمتلكها العميل، إلا أن تغير العميل لا يعني تغير الطرف الآخر في العلاقة، ولكن من المؤكد أن تغير العميل يعني تغير العلاقة برمتها والشيء المهم هنا هو أن العميل لابد وأن يدرك هذه النقطة.

من ممارسة المرشد الأسري للعلاج الواقعي -وخصوصا خلال عمليات التغيير- سيتعلم العميل كم هو مهم التحكم في السلوك، بل والتحكم أيضا في جوانب أخرى من حياته، وتنزاح فكرة الصحبة وأسلوب اللوم، وتتولد فكرة الاقتناع والرغبة في التغيير لدى العميل وذلك متى ما أدرك واقتنع بأن علاقاته الحالية لم تحقق له ما يريد، وبعدها سيوقن بأنه في حاجة إلى اختيار سلوكيات بديلة تقربه من الآخرين الذين هو في حاجة إليهم (Corey, 2001).

تعليق ختامي

في الغالب يكون العملاء راضين عن خبرتهم في العلاج الواقعي مع الممارس المهني، خصوصا عندما يكتشف العميل أول الحقائق التي كانت غائبة عنه والتي منها:

1- ضرورة وأهمية العلاقات مع الناس.

2- الاختيار هو سبب المتاعب.

3- هناك سلوكيات تحتاج إلى إعادة نظر وتعديل.

4- هنا والآن كنقطة انطلاق.

والعملاء يتلمسون أحيانا نتائج عاجلة من العملية العلاجية، وأحيانا أخرى يتسرعون في خطاهم نحو المستقبل، وعلى المعالج أن يكون صريحاً في إظهار

وتوضيح خطورة هذه القضية للعميل . فالعلاج الواقعي لابد من إكمال خطواته ، كما نبه "جلاسر" إلى نقطة جيدة ينفذها العملاء حيث يقومون بتطبيق خبراتهم مع المعالج في حياتهم اليومية كخبرة التعامل مع الحاضر ، حيث تعطي دفعة للعميل حينما يجد أن ما تعلمه في الصباح طبقه في المساء بنجاح ، ولمس جدواه وفاعليته ، تلك الدفعة تعزز من نظرة العميل نحو المعالج والعملية العلاجية بشكل عام .

العلاج الواقعي يمكن استخدامه في مجالات كثيرة من مجالات الممارسة في الخدمة الاجتماعية والتربية والتأهيل والتدخل خلال الأزمات وغيرها . لقد أخذ العلاج الواقعي مكانة رائدة في الجامعات والمستشفيات ومؤسسات التأهيل ، كما ثبت جدواه في مجال الاعتماد على الكحوليات والمخدرات ، لقد أثبتت خبرات ممارسة العلاج الواقعي فاعليته حتى مع المرضى الذين يرفضون التحدث ، بل وحتى مع العملاء الذين يرفضون النظر إلى المعالج .

يشير "جلاسير" في هذا الخصوص إلى أنه مارس العلاج الواقعي في مستشفيات الأمراض العقلية حينما كان من الضروري وجود من يحميه في غرفة الإرشاد أثناء وجود المرضى ، وكان "جلاسير" يقول للمرضى الممتنعين عن التحدث : "سوف أتحدث إليك ، وأسأل أسئلة ، وإذا لم تجب سوف أجيب نيابة عنك" . وبعد عشر دقائق من هذا العمل يتحدث العميل قائلا : "أنا لم أقل ذلك ، أنا قلت . . . " ومن تلك النقطة يبدأ العلاج الواقعي (Corey, 2001) .

نقاط القوة ونقاط الضعف

أولاً/ نقاط القوة:

1 - العلاج الواقعي يمكن أن يلقى القبول لدى العامة فضلا عن المتخصصين ، بمعنى أنه يحتوي على مفاهيم وأساسيات ملموسة ومحسوسة ، أو على الأقل يمكن لمسها وتحسسها ، بما يسهل اقتناع العملاء بالعلاج ، هذا الاقتناع يشكل نصف مرحلة العلاج . وهذا من شأنه أن يفعل العملية العلاجية ويرسخ مفاهيمه لدى العملاء لسحبها على مواقف أخرى تجنبا للوقوع في المشكلات ، كإستراتيجية وقائية تحصن العملاء عند تفاعلاتهم واختيارهم للسلوكيات والتصرفات في المستقبل .

2 - رفض "جلاسر" بشدة وفي وقت مبكر المبادئ التي نادى بها "سيجمند فرويد" ليقدم شرحا وأسلوبا واقعيا وجديدا في فن التوجيه والإرشاد يمكن أن يعالج أنواعا معينة من المشكلات الاجتماعية والأمراض النفسية. وهو بهذا الاتجاه الإمبيريقي يطرح منظورا استقرائيا محسوسا وقابلا للقياس والتقويم.

3 - العلاج الواقعي سهل التطبيق خاصة متى أدرك المعالج مفاهيمه وركائزه الأساسية، خصوصا في مجال الإرشاد الأسري.

4 - لا يحتاج ممارس العلاج الواقعي إلى معارف كثيرة أو مقاييس خاصة، كما لا يستلزم العلاج -في الغالب- إلى فترة زمنية طويلة مقارنة ببعض النماذج العلاجية الأخرى.

ثانياً/ نقاط الضعف:

1 - يؤكد مؤسس العلاج الواقعي "جلاسر" على عدم إطلاع العميل على فحوى التشخيص الذي هو متشابه لدى عملاء العلاج الواقعي، واضعاً استثناء بسيطاً عند الحالات الضرورية أو الجبرية ذات الاتصال بالقانون وإجراءات التأمين. وما هذا إلا حرص على نجاح البرنامج العلاجي، إلاّ أنه يعد نقطة يمكن من خلالها القدح في العلاج متى نظرنا إلى أحقية العميل، الذي ليس مريضاً عقلياً كما قال "جلاسر" في معرفة تفاصيل ما يعاني منه أو يخصه، وهي في الحقيقة قضية أخلاقية ربما تتعارض بشكل أو بآخر مع أخلاقيات ممارسة الإرشاد الأسري، وعلى هذا فإن المعالج الممارس لنموذج العلاج الواقعي سيجد نفسه إزاء قضية ذات خيارين كلاهما مر.

2 - يدعو العلاج الواقعي إلى تعليم العميل نظرية الاختيار، التي تشرح كيف أن الشعور بعدم الراحة والرضا مرده عدم إشباع حاجة أو أكثر من حاجات الإنسان الخمس الأساسية، وهذه الفلسفة -تعليم نظرية الاختيار- قد لا تنجح مع بعض العملاء لاسيما من ذوي التعليم المتدني.

3 - لم يقدم العلاج الواقعي إشارات أو خبرات ناجحة في تطبيقه في العمل مع الجماعات، بنفس القوة التي قدمها عن طريق توجيه وإرشاد الأفراد.

4 - قدم العلاج الواقعي مفهوم منطقة الخواص كمنطقة صغيرة في عقل الإنسان تحتوي على الرغبات الخاصة من الآراء والناس، وفي ظل الظروف الراهنة

ربما لا يوجد ما يبرهن وبشكل إمبيريقي على مصداقية هذا المفهوم، أي أنه مفهوم غير قابل للاختبار مما يعزل هذا المفهوم -منطقة الخواص- كفكرة استنباطية أوردها "جلاسر" في أدبياته حول العلاج الواقعي عن المفاهيم الاستقرائية الأخرى القابلة للتجريب والاختبار والتي سطرها مؤسس العلاج "ويليام جلاسر".

المراجع

-Corey, G. (2001). Theory and practice of counseling and psychotherapy) . 6th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks -Cole/Wadsworth.

- Glasser, N. (1980). What are you doing? How people are helping through reality therapy. New York: Harper & Row.

- Glasser, N. (1989). Control theory in the practice of reality therapy: Case studies. New York: Harper & Row.

- Glasser, W. (1998). Choice theory: A new psychology of personal freedom. New York: Harper Collins.

- Glasser, W. (1999). The language of choice theory. New York: Harper Collins.

- Glasser, W. (2000). Reality therapy in action. New York: Harper Collins.

- Wubbolding, R. (2000). Reality therapy for the 21st century. Muncie, IN: Accelerated Development; Taylor & Francis.

الفصل السادس 6

الاتجاه الوجودي

- الجذور التاريخية .
- مدخل .
- الأفكار الفلسفية التي يقوم عليها الاتجاه الوجودي .
- قواعد واعتبارات عامة في الاتجاه الوجودي .
- أهداف الاتجاه الوجودي كأسلوب علاجي .
- التدخل المهني في الاتجاه الوجودي .
- مهام المرشد الأسري في الاتجاه الوجودي .
- تعليق ختامي .
- نقاط القوة والضعف .

"إن الاختيار لا يمكن على كل حال أن يتم جزافاً ، فالحرية لا تعني المصادفة ورمي فص النرد . إن خاصة الإنسان هي أن يضطر إلى وضع اختيار حر ، فالاختيار حر وقسري في ذات الوقت ، فأنا مضطر إلى أن اختار ما اختار ، وأنا لا اختاره في حرية إلاّ حين أرى أنني لا أستطيع إلاّ أن أختاره" Soren Kierkegaard (1813-1855)

الجذور التاريخيّة

بعد الحرب العالمية الثانية ظهرت فلسفة الاتجاه الوجودي existential approach من وجهة النظر الأوروبية والأمريكية ، فلقد كانت المفاهيم المشوقة والجذابة كالامعقولية والرهبة والتأسي تعزى إلى الإحباط وخيبة الأمل ، المصاحبة للمذهب العقلي[1] والمذهب العملي[2] والمذهب الصناعي[3] والمذهب الميكانيكي[4] ، أما آمال السعادة والأمن والمجتمع المتفتح النير فقد تحطمت كلها بسبب الرعب المتكرر الذي اتسم به العصر الحديث (Krill, 1987) .

في القرن التاسع عشر أشار كل من "كيركيغارد"[5] و "نيتشه"[6] إلى أن معنى الإنسان وسموه والقدر تمثل خطوطاً متقاطعة مع حرية الاختيار لأعمال الشخص وأفعاله . لكل إنسان حقيقته الخاصة التي تنبع عن ذاتيته الخاصة ؛ وعلى ذلك يظهر الوعي الخاص لكل فرد في صورة معانٍ خاصة به إزاء المواقف التي يعيشها . هذا يتأتى من خلال معيشة الإنسان في هذا العالم وارتباطه به وعلى الأخص ارتباطاته مع الناس الآخرين . الاتجاه الوجودي يسعى إلى إعادة تقديم روح الإنسان إلى العصر الحديث بغض النظر عن الماضي ومؤثراته (Krill, 1987) .

ولقد نشأت موضوعات الوجودية من خلال كتابات معالجين نفسيين أمثال : "رولو ماي"[7] Rollo May و "فيكتور فرانكل"[8] Viktor Frankl و "ابراهام ماسلو" Abraham Maslow و "جوردن البورت" Gordon Allport و "وليام اوفمان" William Offman . أما في الخدمة الاجتماعية فقد تحقق ذلك من خلال كتابات حول نفس الموضوع مثل كتابات "كيرك برادفور" Kirk Bradford و "اندرو كيوري" Andrew Kurry و "جيرالد روبن" Gerald Rubin و "روبرت سينشيمر" Robert

Sinsheimer و "جون سترتش" John Stretch و "ديفيد ويز" David Weiss و "دونالد كريل" Donald Krill (Kirll, 1987) .

أما بالنسبة للمتخصصين في العلوم الاجتماعية فقد كان من أهم الكتابات وثيقة الصلة بالموضوع ما كتبه حديثاً عالم الإنثروبولوجيا "أيرنيست بيكر" Ernest Becker في كتابه "إنكار الموت" عام 1973م الذي حاول من خلاله دمج المنظور الدينامي والمنظور الوظيفي لنظرية الخدمة الاجتماعية مستخرجاً من ذلك مفاهيم كموضوعات ذات تأثير خاص مثل (Krill, 1969) :

- خيبة الأمل وخداع الذات .
- اكتشاف المعنى الكامن للمعاناة .
- التمييز بين حرية الاختيار وبين المسؤوليات المصاحبة له .
- التعرف على التفاعل بين اتساق الشخصية والنمو المصحوب لنوعية العلاقات الشخصية للفرد .
- الالتزام الشخصي وعلاقته بالكمال .

المنظور الوجودي في العلوم الاجتماعية يمكن أن يوصف على أنه يشرح العلاقة بين العمل وعدم العمل أو بين تأدية أنشطة وعدم تأدية أنشطة . عدم العمل أو عدم تأدية أنشطة تركز على نفي الآتي : (1) التشخيص (2) التكهن والافتراض (3) النموذج والمثال (4) التقنية (5) المرشد الروحي (6) التكيف التحرري . وعلى خلاف النموذج الطبي يظهر الاتجاه الوجودي حاسة التواضع في عدم معرفة الأفضل والمناسب للعميل ، وعلى خلاف الهندسة الاجتماعية التي تنشد المجتمع السليم فإن الاتجاه الوجودي يركز على الاستخدام الفردي للأسرة والأشخاص المؤثرين الآخرين والحي والمجتمع المحلي من أجل تحديد المشكلة وإيجاد الحلول الممكنة . وموقف عدم العمل أو عدم تأدية أنشطة يعكس عدم اهتمام الاتجاه الوجودي بالأنظمة والفئات والتوصيفات وذلك عند فهم طبيعة البشر (Krill, 1987) .

من رؤية عدم العمل أو عدم أداء أي أنشطة ، يتفق الاتجاه الوجودي بأن التقدير assessment في الإرشاد الأسري يجب أن يركّز على العلاقة المتبادلة بين الشخص والمشكلة والموقف . كما يؤكد الاتجاه الوجودي على الكيفية التي تقيم فيها تلك

الجوانب الثلاثة علاقة معرفية فيما بينها ، بحيث تجعل العميل متميزاً والموقف محدداً (Kirll, 1987) .

مدخل

يُعّرف الاتجاه الوجودي بأنه منظور يقبل ويؤكد على حرية الفرد في الاختيار ، وعدم الخضوع التام للتقاليد ، مع التزام الممارس المهني بمبدأ حق العملاء في تقرير مصيرهم (Barker, 1999) . ويعتبر "دونالد كريل" D. Krill أول من ساهم في بناء الاتجاه الوجودي كاتجاه علاجي ، وذلك حينما نشر مؤلفه "الخدمة الاجتماعية الوجودية" عام 1978م الذي ذكر فيه أن الناس في كثير من الأوقات يتساءلون عن هويتهم وعن قيمة حياتهم في الوقت الذي يحتاجون فيه إلى تحقيق النمو الذاتي (Payne, 1997) .

وتعتبر خبرة الشخص في الحياة ووعيه وتقبله لنمط حياته من العوامل الرئيسية في تحقيق معنى وهدف للوجود . والألم والموت من مكونات الحياة ، وبغض النظر عن الأحوال والظروف التي يوضع الإنسان فيها لابد من إدراك معنى الوجود . فالأفكار السيئة والقرارات الداخلية وإضاعة الحرية الذاتية هي طرق رئيسة نحو الإحباط أو الفراغ الوجودي التي يشعر الفرد فيها بفقدان الشخصية(9) أو فقدان الهوية(10) .

والاتجاه الوجودي يرفض النظرة الحتمية لطبيعة الإنسان ، المدعمة بالتحليل النفسي التقليدي ، والمذهب السلوكي الراديكالي . فالتحليل النفسي يرى بأن الحرية مقيدة بقوى اللاشعور ، ومسوقة بالغرائز الحيوانية والأحداث الماضية . في حين أن السلوكيين يرون الحرية مقيدة بالوضع الثقافي-الاجتماعي . وفي مقابل ذلك ، وفي الوقت الذي يعترف فيه المنظور الوجودي ببعض هذه الحقائق حول وضع الإنسان ، يؤكد العلاج الوجودي على حرية الإنسان في اختيار ما يمكن أن يصنع به أحواله . وعلى ذلك يكون الإنسان حراً ، وتترتب على حريته مسؤوليته عن خياراته وأعماله . فالإنسان بمثابة المؤلف للكتاب على أن الكتاب هو حياة الشخص فهو يكتب فيه ما يشاء وبالطريقة التي يشاء (Corey, 2001) .

والفرضية الرئيسية للاتجاه الوجودي أن الناس ليسوا ضحايا أحوالهم وذلك لسبب بسيط هو أنهم اختاروا وبمحض إرادتهم أن تكون أحوالهم على ذلك الشكل ، ومتى

أدرك الناس عملية الإدراك للطرق التي قبلوا بها أحوالهم واستسلموا لتحكمها وبشكل سلبي سيستطيعون البدء في إدراك المسلك الذي يستطيعون بواسطته تشكيل حياتهم الخاصة وفق ما يريدون (Corey,2001) .

ترى "ديرزين-سميث" بأن عمل المرشد الوجودي ليس علاج العملاء كما يصوره النموذج الطبي التقليدي ، وإنما المنظور الوجودي ينظر إلى العملاء على أنهم مرضى بالحياة ، أو أنهم يحيون بشكل غير مناسب . في الوقت الذي يكونون فيه بحاجة إلى مساعدة لأجل البقاء على قيد الحياة أولاً ثم تقرير أفضل الطرق لأجل الاستمرار في الحياة . هنا وفي نهاية المطاف سيكتشفون مسلكهم الخاص الذي كان يعوزهم في السابق لتحقيق وجودهم . وعلى هذا تكون مهمة المعالج ، حث وتشجيع العملاء لأجل أن يكتشفوا خياراتهم التي بها يخلقون معنى لوجودهم . ونقطة البدء هي أن يدرك العملاء بأن عليهم ألا يبقوا حتى يكونوا ضحايا سلبية لأحوالهم . عوضاً عن ذلك عليهم أن يدركوا بأنهم يستطيعون أن يخططوا لحياتهم وكأنهم مهندسون معماريون . (Deuzen-Smith, 1988)

الأفكار الفلسفية التي يقوم عليها الاتجاه الوجودي

أولاً / طبيعة الإنسان:

يرى الاتجاه الوجودي بأن للإنسان ثلاثة جوانب (Frankl, 1986) :

1- الجانب البدني .

2- الجانب النفسي أو العقلي .

3- الجانب الروحي .

ويركز الاتجاه الوجودي على الجانب الروحي spiritual الذي أغفلته بعض الاتجاهات العلاجية الأخرى . على أن الجانب الروحي حقيقة وجودية يتميز الإنسان بها عن غيره من المخلوقات الأخرى التي تفتقر إلى هذا الجانب . بل أن الجانب الروحي يميز الإنسان كفرد عن بقية الأفراد الآخرين . ويرتبط الجانب الروحي بخاصتين يكتسبهما الإنسان اكتساباً هما :

1- **الحرية في الاختيار**. بمعنى أن الإنسان هو الذي يقرر كيف سيكون حاله، وفي هذه الحالة لا ينكر الاتجاه الوجودي مبدأ الغرائز أو مبدأ الوراثة أو مبدأ البيئة، وإنما يصف الإنسان على أن لديه قدرة الحرية وحرية القدرة لأجل التعامل مع هذه الظروف والتحكم بها في أحسن الأحوال. ولأن الاتجاه الوجودي اتجاه فلسفي فهو يرى بأنه لولا البيئة والوراثة والغرائز لما كان هناك قيمة للحرية.

2- **المسؤولية تجاه الاختيار**. بمعنى أن الإنسان واع ومسؤول عن قراراته واختياراته وذلك حسب ما يمليه عليه الضمير المتمركز في الجانب الروحي من الإنسان.

ويتمحور دور المعالج الوجودي في توعية العميل بأهمية الجانب الروحي وتعليمه كيفية اكتساب حرية الاختيار واتخاذ القرار ثم مساعدته على تحمل المسؤولية.

ثانياً/ طبيعة الوجود:

يصور الاتجاه الوجودي وجود الإنسان في شكل ديناميكي يعيشه في ثلاثة عوالم بينها نوع من الترابط والتداخل (May, 1969):

1- العالم المحيط umwelt وهو العالم الذي يعيشه الإنسان مع الكائنات الأخرى ومع كل ما يحيط به في الطبيعة، حيث يتسم هذا العالم بأنه على اتصال وتبادل مستمرين، ويتحقق الوجود الإنساني في هذا العالم من خلال العمل والإنجاز وإشباع الحاجات.

2- العالم المجتمعي mitwelt وهو العالم الذي يعيشه الإنسان مع الأفراد الآخرين، حيث يتسم هذه العالم بصفة التفاعل والالتزام والمسؤولية المتبادلة خلال عملية التفاعل بين الأفراد. ويتحقق الوجود الإنساني في هذا العالم من خلال تكوين علاقات شخصية مع الآخرين كحاجة فطرية تتحقق من خلال المصالح الخاصة لكل طرف.

3- العالم الخاص eigenwelt وهو العالم النفسي الذي يعيشه الإنسان من خلال علاقته مع ذاته وقيمه الخاصة. ويتحقق الوجود الإنساني في هذا العالم من خلال الوعي النفسي self-awareness والمتمثل في إدراك الحرية في

الاختيار وتحقيق الإنجاز والحكم على الأفعال وتقييم الخبرات وتحمل المسؤولية.

ثالثاً/ علاج اللوجو:

يرتبط علاج اللوجو[11] logotherapy بالجانب الروحي الموجود في كينونة الشخص. وهي الفلسفة التي يقوم عليها الاتجاه الوجودي. فالعملاء الذين يعانون من مشكلات روحية أي تتصل بمعنى حياتهم التي يعيشونها في حاجة إلى علاج موجه نحو الجانب الروحي. ويعتمد علاج اللوجو على خاصيتي الوضوح والمباشرة، فالأعراض الفلسفية التي يبوح بها العميل ليست في حاجة إلى مناقشة فلسفية مستفيضة، كل ما يحتاجه العميل هو تغيير رؤيته للكون، وبعبارة أخرى تحقيق معنى لحياة العميل. كما يغفل علاج اللوجو وبشكل واضح الأحداث الماضية إذ يركز على الحاضر والمستقبل. الحاضر الذي يعني إدراك المشكلة وتصحيح الخطأ المتمثل في صياغة خطة المستقبل، الداعية إلى الإقبال على الحياة، حتى لو كانت مجهولة وفيما لو كانت قاسية. إن تصحيح مسار الحياة للعملاء الذين يعانون من الإحباط أو الصراع أو الفراغ الوجودي هو الهدف الأسمى لعلاج اللوجو (Frankl, 1986).

رابعاً/ الفراغ الوجودي:

- يرى الاتجاه الوجودي بأن الإنسان معرض في أي فترة من فترات حياته للإصابة بالإحباط أو بالفراغ الوجودي. وحينما يشكو العميل عدم وجود معنى لحياته فهذا دليل على أنه يعاني من الفراغ. إذن ما سبب الفراغ الوجودي؟ الحقيقة أن هناك عوامل عدة، إلاّ أننا نرى بأن العوامل الأساسية تتمثل في الآتي (Frankl, 1986):

- التواكل والذي ينتج عن الإفراط أو المغالاة في النظرة الجبرية أو القدرية للحياة.
- عدم الإنجاز وعدم التخطيط للحياة واللذان ينتجان عن الكسل والإحباط أو عدم الثقة في الحياة.
- التفكير الجمعي الذي ينتج عن تهميش الذات وتجنب تحمل المسؤولية.
- التعصب الذاتي والذي ينتج عن الإفراط في الحرية مع إهمال الآخرين.

ويظهر الفراغ الوجودي في صورة ملل ، ولأن الاتجاه الوجودي يولي قيمة خاصة للعمل والإنجاز ، فمن المناسب أن نستدل بحالة الملل ، التي يشعرها الكثير من أفراد المجتمعات الشرقية خلال يوم الجمعة على أنه ليس يوم عمل ، وفي المقابل هو آخر أيام إجازة نهاية الأسبوع .

خامساً / الدافع:

يرى الاتجاه الوجودي بأن الدافع الأساسي للإنسان هو تحقيق معنى للحياة ، والحقيقة أنه ليس دافعاً بالمفهوم المتعارف عليه ، وإنما هو يجذب الإنسان جذباً ولا يدفعه ، فالالتزام الأخلاقي الذي يتحلى به شخص ما ، لا يدل على أنه يملك ضميراً أفضل أو أقوى من ضمائر الآخرين ، وإنما لأن لديه مبدأ أو فكرة . فالرجل الذي سهر الليل قرب زوجته في المستشفى ما كان له أن يفعل ذلك لولا أنه يحبها . ألا يعبر ذلك عن فكرة أو مبدأ؟ إن تحقيق معنى لحياة الشخص هو أعمق وأسمى غاية بشرية . إنها ظاهرة إنسانية لا توجد لدى الكائنات الأخرى ، فالنباتات والحيوانات لا تقلق ولا تسأل عن معنى وجودها . إنه اكتشاف إنساني يحققه الإنسان لذاته ولا يحققه لغيره . يحققه بالحياة والحرية والعمل والإنجاز وتحمل المسؤولية (Frankl, 1986) .

قواعد واعتبارات عامة في الاتجاه الوجودي

يؤخذ الاتجاه الوجودي على أنه اتجاه فلسفي ذو تأثير ملموس ، لكنه لا يعبر عن مدرسة علاجية مستقلة أو نموذج علاجي محدد ، كما أنه لا يمتلك تقنيات علاجية مقننة . إلاّ أن هذه الفلسفة لها أفكارها وموضوعاتها الفريدة ، التي تتضمن تأثيراً إيجابياً لتحقيق التكيف الوجودي (Corey, 2001) . وللفلسفة الوجودية قواعد واعتبارات خاصة حول بعض جوانب الحياة ، منها :

أ) معنى الحياة:

يرى الاتجاه الوجودي بأن معنى الحياة ليس في السعادة واللذة فقط ، بل هي أسمى وأبعد من ذلك كله . وإليكم الأمثلة الواقعية التالية : إحدى العميلات قررت تعاطي الكحول بحثاً عن السعادة ونسياناً لمشكلاتها مع زوجها ، بعد أن تعاطت الكحول دخلت في حالة نفسية سيئة لا تختلف كثيراً عن تلك التي كانت عليها قبل

التعاطي، ما السبب؟ السبب ببساطة أنها ظلت الطريق، فالمتعة واللذة لا تعطيان معنى للحياة؛ الطموح والهدف هما اللذان يمنحان الحياة متعة ولذة، والناس يتمنون أن يكونوا أغنياء، وفيما لو أصبحوا أغنياء هل سيكونون سعداء؟ بالتأكيد ليس جميعهم، لأن المتعة ليست هي المعنى الذي يجب أن يُبحث عنه لتحقيق الحياة، ولو كانت كذلك فإن الحياة مع الأسف لن تقدم إلا النزر اليسير، لأن المشاعر غير السارة تفوق المشاعر السارة بمئات الأضعاف. فالمريض الذي يفكر في الانتحار -مع الافتراض بأنه سليم العقل- لأن حياته ليست ذات معنى وأن أعماله ليست ذات قيمه، سنبدأ معه من حيث انتهى وهو أن أعماله وأنشطته ليست ذات قيمة عليا، وعلى ذلك يكون جوهر المشكلة أنه أخطأ في اختيار العمل أو النشاط الذي يملأ به حياته. ونافلة القول أن كل إنسان لديه قدرات وإمكانيات كما أن عليه واجبات. وتحقيق معنى للحياة يكمن في أداء الواجبات. ودور المعالج الوجودي هو مساعدة العميل على اكتشاف قدراته وإمكانياته الفريدة وفهم مسؤولياته والتعرف على واجباته ثم تأديتها وهو ما سيعطي معنى لحياة العميل (Frankl, 1986).

ب) معنى الموت:

مع أن الموت هو آخر أشكال اللاوجود (العدم) إلا أنه -الموت- يعطي للحياة معنى، وذلك من خلال الوقتية وعدم الدوام. فاتخاذ القرارات وعمل الاختيارات وإنجاز الأعمال والمهام كلها تؤكد على مفهوم المسؤولية للفرد. هذا من جانب، ومن جانب آخر تؤكد على ضرورة الإدارة والعمل وتجنب التأجيل لأن الوقت محسوب، ومع تحقيق الإنجاز يتحقق الرضا بل المتعة، وهما المعنى الحقيقي للحياة. فالأفراد الذين فشلوا في تحقيق الإنجاز خلال فترات سابقة من حياتهم ربما يطلبون الموت، إلاّ أن الاتجاه الوجودي يؤكد على أن هناك فرصاً للاختيار وفرصاً لاتخاذ القرار، وأن الوقت لا يزال يسمح بتصحيح المسار والانطلاق مرة أخرى. هنا تبدأ المسؤولية الفردية تجاه الوقت المتبقي وتجاه الإنجاز. أما الموت الحقيقي الذي لا يعبر عن اختيار الفرد فهو المحكوم بالقضاء والقدر، اللذين يمنحان الحرية معنى رغم أنهما -القضاء والقدر- خارجين عن إرادة الإنسان ومسؤوليته، وفهم هذه النقطة والإيمان بها سيجعل العميل يدرك بأن الماضي لا يمكن تغييره على أنه جزء من القضاء والقدر (Frankl, 1986).

ج) معنى الحب:

يرى الاتجاه الوجودي بأن هناك ثلاثة مستويات للشخصية: المستوى البدني، والمستوى النفسي أو العقلي، والمستوى الروحي. ويتعامل الحب بشكل مباشر مع المستوى الثالث الذي هو الروحي. فالشخص المحبوب يسكن في روح الشخص المحب. إلاّ أن تأثير الحب يطال المستويات الأخرى، فيؤثر فيها ويتأثر بها. ويذهب المنظور الوجودي إلى أن الحب السليم سوف يعطي حياة الشخص معنى، وهو سر أو جوهر الاتجاه الوجودي كأسلوب علاجي. إلاّ أن السؤال المهم هنا ما هو الحب السليم؟ الحب السليم ليس هو الحب الشهواني المبنى على إشباع الغريزة الجنسية فقط، وليس هو الولع أو الافتتان بسبب سمة أو خاصية ما، الحب السليم هو الذي ينعكس على قيم الشخص، والحب السليم هو الذي يفهم الشخص فيه من يحب بشكل واضح لا مزيف وبشكل دقيق لا غامض. يفهم المحبوب ككائن وحيد وفريد، والحب السليم هو الذي تبدو فيه المسؤولية متبادلة، ومع استمرار تبادل المسؤولية يستمر الحب، وهذا لغز الحب بل معجزة الحب. والمعالج الوجودي يساعد العملاء على إدراك أهمية الحب ويعلمهم الحب السليم، بل ويهيئهم لانتظار لحظات الحب، على أن الحب يكتسب ولا يمنح، وليست له علاقة بالأحقية أو الجدارة فهو نعمة وفضيلة في ذات الوقت (Frankl, 1986).

وتبادل الحب بين الطرفين هو الذي يمنح الحب صفة الاستمرارية، التي بدورها تضفي طابع النجاح على العلاقة. ويرى الوجوديون بأن الحب المتبادل هو أسمى مراتب الحب، حيث يشعر الطرفان فيه بالسعادة والرضا، كما تعكس نشوة حبهما معنىً وقيمة على حياتهما. لذا وعلى غرار مقولة "ديكارت"(12) "أنا أفكر، إذن أنا موجود" يقول بعض الوجوديين: "أنا أحب . . إذن أنا موجود".

د) معنى العمل:

يرى الاتجاه الوجودي أن العمل إما أن يضفي الإيجابية والتفاعل على حياة الشخص، وإما أن يضفي السلبية والتشاؤم واللامبالاة. والعمل الذي يعطي معنى للحياة يقع في وسط المثلث بين الأضلاع الثلاثة (Frannkl, 1986):

1- العمل الذي لا يشعر الفرد معه بالإنجاز، وأقرب صور ذلك أخذ العمل على أنه وسيلة للحصول على المال فقط، هنا تغيب المسؤولية ويشعر الفرد بالفتور، وبالتالي يكون هناك فراغ وجودي ولا يصبح للحياة معنى.

2- العمل الذي يستنفذ كل وقت الإنسان سوى أوقات قليلة لأجل النوم. هذا النوع فيه سوء استخدام للعمل كعنصر حيوي يحقق معنى للحياة، وبالتالي أصحاب هذه الفئة مهددون بالإصابة بالعصاب[13] نظير غفلتهم عن حالة الاتزان التي يتذوق الإنسان فيها معنى الحياة.

3- عدم العمل (البطالة) والتي تولد الشعور بالفراغ واللامبالاة وذلك لانعدام المسؤولية التي بفقدها لا يصبح للحياة معنى.

ويتلخص دور المعالج الوجودي في مساعدة العملاء على رسم اتجاه ثابت تجاه الحياة بواسطة العمل على أن العمل هو الإنجاز، وليس طبيعة الوظيفة أو مستواها الإداري أو المالي أو الاجتماعي. فالانشغال في أداء الأعمال والتميز والتفرد في إنجاز الأنشطة تعتبر من العوامل الداعمة لخلق معنى للحياة. وبغض النظر عن الفئة التي ينتمي إليها العميل - فيما يتعلق بالعمل- يتمحور دور المرشد الوجودي في إيجاد الوعي بقيمة العمل في الحياة، إضافة إلى توضيح الجوانب المهمة المتعلقة بذلك كالحرية في اختيار العمل والشعور بالمسؤولية وتحقيق الإنجاز وغيرها من الأمور التي تحقق الرضا الداخلي، وهو ما يضفي إحساساً وجودياً في الحياة حتى لو كان العمل صعباً أو تافهاً أو معقداً.

هـ) معنى الألم:

يرى الاتجاه الوجودي بأن الحياة لا تخلو من المشكلات والمصاعب والآلام، والمشكلات والمصاعب والآلام الحقيقية تأتي في مفترق الطريق بين الموت وبين القضاء والقدر، وجميعها -الآلام والموت والقدر- تعطي للحياة معنى، ومثلما أن الإنجاز والحب يضفيان على الحياة معنى، كذلك الألم يُضفي على الحياة معنى. فالألم الحقيقي هو الذي تنعدم معه إمكانية إزالته، والخبرة والابتكار سيقفان عاجزين إزاء الألم، وهنا يثبت القضاء والقدر حتمية الحقيقة. ويؤكد المنظور الوجودي على قضيتي الألم الحقيقي والقدر الحقيقي. كما يؤكد على قضية المعاناة الحقيقية التي

يحقق الفرد بها ذاته. إن دور المعالج الوجودي يتمحور حول مساعدة العملاء على اكتشاف حقيقة المعاناة والألم، ثم تحديد الآلام ومواجهة حقائق الحياة وعلى رأسها حقيقة الموت. مثل هذا الشعور سوف يحفظ العملاء من التواكل أو الملل والفتور. إنها دعوة للحيوية وبذل النشاط، بل إنه صراع حميد من أجل البقاء وتحقيق النضج والنمو (Frankl, 1986).

أهداف الاتجاه الوجودي كأسلوب علاجي

1- توعية العملاء بمفهوم المحدودية -محدودية الوقت أو الحياة- ومحدودية القدرة لفعل كل شيء يريده الإنسان.
2- مساعدة العملاء على اكتشاف الخيارات المتعددة في حياتهم والتي لم يدركوها من قبل ومقدرتهم على إحداث التغيير الذي يتحقق معه وجودهم.
3- تعليم العملاء معنى الحياة والمعاني الأخرى المتعلقة بها، إذ لا تمنح للإنسان بشكل ميكانيكي وإنما هي نتاج بحث الإنسان واكتشافه لمقاصدها ومعانيها الفريدة.
4- توعية العملاء بمفهوم المسؤولية، وهي المسؤولية في اتخاذ القرار وما يترتب عليها وما تعكسه من أحوال على حياتهم.
5- مساعدة العملاء على مواجهة القلق المرتبط بالإنجاز، على أن القلق ناتج عن قلة الضمانات في الحياة.
6- توعية العملاء بأهمية المجاهدة من أجل اكتساب الهوية واكتساب علاقات مع الآخرين.
7- مساعدة العملاء على إدراك الطرق التي أفرغت حياتهم من المعاني.
8- تعليم العملاء بأن الإنسان عرضة للشعور بالفراغ والشعور بالذنب والشعور بالعزلة والشعور بالخلو من المعنى والشعور بالتوحد.
9- توعية العملاء بمفهوم الحرية، وهي حرية العمل من عدمه.
10- مساعدة العملاء على تجاوز أنماط حياتهم الجامدة وتحدي نزعاتهم واتجاهاتهم الضيقة التي تمنع حرياتهم.
11- تعليم العملاء بأنهم وحيدون إلى أن يمتلكوا فرصة الانتماء للآخرين.

12- توعية العملاء بحقيقة الموت وعدم الدوام .

13- مساعدة العملاء على زيادة الإحساس بالاستقلالية .

14- تعليم العملاء مفهوم القلق الوجودي ، على أنه جزء طبيعي من الحياة ، يتزامن مع حرية الإنسان في الاختيار ومسؤوليته إزاء الخيارات ، على أن الحرية والمسؤولية من المفاهيم التي يؤكد عليها الاتجاه الوجودي .

15- توعية العملاء بدور المعالج الوجودي المتمثل في عدم منح الشفاء ، حسب المفهوم التقليدي للكلمة ، وإنما مساعدتهم ليكونوا واعين مدركين لما يعملون ومساعدتهم للخروج من دور الضحية الذي يعيشونه .

التدخل المهني في الاتجاه الوجودي

الاتجاه الوجودي ليس فيه تقنية علاجية خاصة كالأساليب العلاجية الأخرى . وتعتمد التدخلات المهنية التي يتبناها المعالج الوجودي على النظرة الفلسفية حول أساس الطبيعة الوجودية للإنسان . والمعالج الوجودي حر في تبني التقنيات العلاجية الأخرى ، إلاّ أنه لا يوظف تلك التقنيات غير المندمجة مع بعضها بشكل منظم ، والتي تقوم على الافتراضات المختلفة حول نمو وتغير الإنسان (Corey, 2001) .

ترى "ديرزين- سميث" بأن الاتجاه الوجودي عُرف بتقنياته المعتقدية ، وتؤكد على أن للمعالجين الوجوديين أهمية كبيرة في الوصول إلى العمق الكافي والمنفتح في حياتهم الخاصة ، والذي يمكنهم من تحقيق مخاطرة الدخول إلى أعماق العملاء دون أن يتيهوا . كما تذكر بأن العلاج الوجودي يشكل خبرة تعاون بين كل من المعالج والعميل . وإن استخدام المعالج لنفسه يُعد جزءاً رئيساً في العملية العلاجية ، ويبدو ذلك في لفظ (أنا و أنت) خلال المواجهة بين المعالج والعميل ، وحينما تتوافق أعماق النفس لدى المعالج مع أعماق النفس لدى العميل تكون عملية التوجيه في أفضل أوضاعها (Corey, 2001) .

ويرى "كوري" (Corey, 2001) أنه ينبغي في المعالج الوجودي توفر حاسة الإبداع ، لاسيما وأن عملية المساعدة تتطلب مهارة الاكتشاف التي تظهر في مراحل العلاج الثلاث وهي :

المرحلة الأولى:

خلال المرحلة الأولى يقوم المعالج بمساعدة عملائه على تحديد وبشكل دقيق افتراضاتهم حول العالم. إنها بمثابة الدعوة إلى التعريف والاستفهام حول السبل التي بها يدرك ويقتنع العملاء بوجودهم. فاختبار القيم والمعتقدات والافتراضات يؤدي إلى تصحيحها أو تصويبها، والكثير من العملاء يرى هذه مهمة صعبة، وذلك لأنهم يقدمون مشكلاتهم على أنها نتائج أسباب خارجية وبشكل شبه كامل. العملاء في الغالب لا يركزون على ذواتهم وأعماقهم. إنهم ينظرون إلى الخارج وإلى الآخرين على أنهم مسؤولين عما يشعرون هم -العملاء- به أو عن أعمال العملاء أو حتى عدم أعمالهم. ويتلخص دور المعالج في تعليم العملاء كيف يعكسون له وجودهم الخاص والحقيقي، ثم تعليمهم اختبار الدور أو الوظيفة التي بها وجدت مشكلاتهم مع الحياة.

المرحلة الثانية:

في المرحلة الوسطى من العلاج الوجودي يقوم المعالج بحث العملاء وتشجيعهم على إكمال وزيادة عملية اختبار أصل ومشروعية القيمة من وجودهم. وعملية الاكتشاف الذاتي هذه تعد نموذجاً يقود إلى استبصار جديد وإلى إعادة بناء قيم ومواقف العملاء، وهنا يتوصل العملاء إلى فكرة أفضل حول نوعية الحياة التي يرونها تستحق العيش بالنسبة لهم. ويقوم المعالج في هذه المرحلة بمساعدة العملاء على تنمية وتطوير حاسة تقدير القيمة.

المرحلة الثالثة:

المرحلة الثالثة أو الأخيرة تتركز حول مساعدة العملاء لتحويل ما تعلموه عن أنفسهم إلى عمل، وعلى ذلك يكون هدف العلاج تمكين العملاء لكي يجدوا سبل تنفيذ اختباراتهم التي سبق ذكرها، ودمج القيم في النفس بحيث تصبح مبدءاً هادياً. وعلى ذلك سيكتشف العملاء قوتهم ثم يهتدون إلى الطرق التي تضعهم في الحياة العملية ذات المعنى الوجودي.

مهام المرشد الأسري في الاتجاه الوجودي

في الاتجاه الوجودي يقوم المرشد الأسري بإعطاء قدر كبير وأساسي لفهم العالم الذاتي للعميل، وذلك بهدف مساعدته للوصول إلى فهم جديد وتحقيق خيارات جديدة. ويكون التركيز على الحياة الحاضرة للعميل وليس الماضية، على أن الماضي لا يمكن إصلاحه. وخلال الممارسة المهنية سيظهر المعالج حرية عمل واسعة من خلال الطرق التي سيوظفها منوعاً في استخدامها ليس فقط بين عميل وآخر، وإنما أيضاً مع ذات العميل وذلك مع اختلاف مراحل عمليات العلاج. فمن جانب يمكن للمعالج أن يستخدم عدة تقنيات علاجية مثل سلب الحساسية[14] والتداعي الحر[15] والبناء المعرفي[16] إضافة إلى تقنيات أخرى يمكن أن تستقطب من معالجين آخرين مارسوا أو يمارسون الاتجاه الوجودي، ومن جانب آخر يمقت بعض المعالجين فكرة استخدام تقنيات محددة على أنها تعبر عن مقترحات جامدة وروتينية وغير عملية. وخلاصة القول هنا أنه وخلال عملية العلاج، تعبر التقنيات العلاجية عن شيء ثانوي مقارنة بأهمية العلاقة المهنية بين المعالج والعميل والتي من خلالها -العلاقة المهنية- يستطيع المعالج أن يعمل بتحد وبفاعلية لأجل أن يفهم العميل (Corey, 2001). والعلاقة المهنية بين المعالج والعميل من أهم المهام في الاتجاه الوجودي، تلك العلاقة لابد وأن تقوم على احترام العميل وتقدير موقفه وخصائصه الإنسانية والروحية بشكل صادق. كما أن لحضور الأخصائي الاجتماعي وتجاوبه مع مشاعر وأحاسيس العميل له أهمية بالغة.

والشيء الذي لابد للمعالج أن يتنبه له هو عدم تملص العميل من المسؤولية. لابد للمعالج أن يدعو العميل إلى تحمل المسؤولية الشخصية. حينما يتذمر العميل من المأزق الذي هو فيه ويلقي باللائمة على الآخرين فمن المناسب أن يقوم المعالج بطرح التساؤل التالي على العميل: كيف يكون الآخرين وضعوك في هذا الموقف؟ (Corey, 2001).

القلق الوجودي والفراغ الوجودي من أكثر الحالات التي يتعامل معها المعالج، وهذه النوعية من العملاء لديهم قلة أو محدودية من الوعي الوجودي، إنهم فاقدو حس أو معنى الحياة، كما أنهم قليلو الوعي بأصل المشكلة وجوهر الحل، فهؤلاء العملاء قد لا يرون إلاّ القليل من الخيارات المطروحة أمامهم. ودور المعالج مع هؤلاء هو

مساعدتهم على اكتساب الحرية التي بها يستطيعون أن يروا الخيارات الأخرى والمثلى التي تضفي معنىً على حياتهم وتمنحهم خبرة اتخاذ القرار وخبرة تحمل المسؤولية.

المعالج الوجودي الماهر هو الذي يتعامل مع العملاء وكأنه يحمل مرآة يستطيع العملاء من خلالها أن يروا أنفسهم وأن يستكشفوا السبل التي جعلت من حياتهم ذلك النمط الذي فقدوا معه زهو العيش ورونق الحياة. حينما يعي العملاء العوامل الماضية التي جعلت حاضرهم الوجودي خانقاً سيبدأون في تقبل مسؤولية تغيير مستقبلهم (Corey, 2001).

تعليق ختامي

ظهر الاتجاه الوجودي ليقدم تفسيراً جديداً لأمراض جديدة، ليست أمراضاً عضوية ولا أمراضاً نفسية بل أمراضاً روحية تتصل بالجانب الروحي. تظهر هذه الأمراض في صورة أعراض -ليس بالضرورة أن تكون مرضية- فربما تكون الجوانب البيولوجية والنفسية والاجتماعية على ما يرام، إلاّ أن الفرد يشعر بالهامشية، والمشكلات الروحية على اتصال وثيق بمعنى الحياة التي يعيشها الفرد بشكل عام، وعلى وجه الخصوص تلك الجوانب من الحياة المرتبطة بمعنى الحياة كالموت والعمل والحب والألم.

يذهب الاتجاه الوجودي إلى أن البعد الروحي للإنسان أكثر عمقاً من البعد النفسي، وأن البعد النفسي يقع في مستوى من العمق بين البعد الروحي والبعد البيولوجي. وعلى ذلك فإن البعد الروحي مسؤول عن كثير من المشكلات والأمراض النفسية وربما البيولوجية أيضاً. فتحقيق الذات على سبيل المثال في حاجة إلى دافع داخلي يأتي من العمق (روحي) ولكي يتحقق ذلك -ومن وجهة نظر الاتجاه الوجودي- لابد من تحقيق معنى للحياة وهو جوهر العلاج.

ولكون الاتجاه الوجودي نما وتطور من خلال آراء فلسفية، فهو لا يحتوي على تقنيات علاجية بالمفهوم التقليدي للكلمة، إلاّ أن منهجه واضح وهدفه بيّن، فالحرية والمسؤولية التي يتساءل عنها العملاء مرتبطة بشكل قوي بالهدف والقيمة في الحياة (Frankl, 1986). كما أن مفهوم الحب والإرادة التي أوردهما "ماي" تعبر عن آراء

وجودية فلسفية، لا تبعد كثيراً عن تلك المفاهيم التي أوردها "فرانكل" إلاّ أنهما يعبران عن مدرستين داخل المنظور الوجودي (May, 1969).

والحق أن الاتجاه الوجودي ليس واسع الانتشار كما يبدو، رغم أنه لم يُدعّم بالقدر الكاف من الدراسات والأبحاث التجريبية. إلاّ أن الطابع الأمبيريقي(17) لم يكن غائباً، ويدلل على ذلك إدراج أمراض نفسية جديدة لفت الانتباه لها الاتجاه الوجودي، كالعصاب nogenic neurosis والقلق الوجودي existential anxiety. كما ظهرت مقاييس تتبنى مفاهيم وأفكار المنظور الوجودي، كمقياس الهوية ومقياس الفراغ الوجودي. ومن المتوقع أن يحظى الاتجاه الوجودي بقدر من الاهتمام في حقل الخدمة الاجتماعية خصوصاً خلال التحولات الفكرية التي ستنتج عن الأحداث العالمية التي بدأت مؤشرات حدوثها تلوح في الأفق.

نقاط القوة ونقاط الضعف

أولاً/ نقاط القوة:

1 - قدم الاتجاه الوجودي فكرة علمية جديدة وهي الجانب الروحي للإنسان.
2 - شكّل العلاج الوجودي تقدماً في مجال العلوم الإنسانية حيث تناول مشكلات صاحبة المدنية وتعقد الحياة، تلك المشكلات لم تكن معروفة من قبل إلى أن تفاقمت خلال فترات زمنية دونما توفر علاج محدد لتلك المشكلات المتمثلة في فقدان معنى الحياة التي يحياها الفرد.
3 - أحرز الاتجاه الوجودي تقدماً نسبياً ويبدو ذلك حينما نتتبع مسيرة الاتجاه منذ نشوئه وحتى اليوم.
4 - لم ينكر الاتجاه الوجودي الحقائق الأخرى التي أظهرتها نظريات أو اتجاهات علاجية أخرى، بل أن الاتجاه الوجودي يدعو إلى ضرورة التدخل المهني مع بعض المشكلات أو الأمراض النفسية التي تكون سبباً أو نتيجة للفراغ الوجودي.

ثانياً/ نقاط الضعف:

1 - يكتنف الاتجاه الغموض والتعقيد، إذ لا يرتبط بجانب داخلي فقط والذي هو صعب بحد ذاته، وإنما يرتبط بجانبين كليهما عميق (الروحي والنفسي) مما يجعل من ممارسة الاتجاه أمراً صعباً بل وخطيراً أيضاً.

2 - يحتوي الاتجاه الوجودي على اتجاهات مختلفة في تفسير المشكلات وتباينات حول تقنيات العلاج. فالبعض يرى بأنه علاج (فلسفي روحي)، في حين يربطه البعض الأخر بالجانب الديني، بل يذهب آخرون إلى أن المعالج الوجودي في واقع الأمر ما هو إلاّ مرشد أو واعظ ديني.

3 - يفتقر الاتجاه إلى أبحاث علمية تدعّم اتجاهاته أو توحدها، كما يفتقر إلى دراسات تجريبية تختبر فاعليته وأهليته في مجالات ومع مشكلات مختلفة هذا من جانب، ومن جانب آخر تقنن من أفكاره العملية والنظرية وتضفي صلابة على أسسه النظرية وقاعدته المعرفية.

4 - يتأثر الاتجاه بشكل قوي باختلاف الثقافات وتباين المعتقدات، مما يؤكد صعوبة وخطورة تطبيقه من منظور الحساسيّة الثقافية.

الهوامش:

(1) المذهب العقلي rationalism هو المذهب القائل بأن العقل غير مدعوم بالوحي الألهي ، وفي المقابل هو -العقل- الهادي إلى الحقيقة الدينية . وفي المنظور العلمي تشير النظرية إلى أن العقل هو مصدر المعرفة ، كما أنه أسمى من الحواس ومستقل عنها . وعلى هذا يكون العقل هو الفيصل في قضايا الفكر أو المعتقد أو السلوك .

(2) المذهب العملي pragmatic أو فلسفة الذرائع ، هي فلسفة أمريكية ، ترى بأن النتائج العملية هي المقياس الذي نحدد به قيمة الفكر الفلسفي ومصداقيته .

(3) المذهب الصناعي industrialism يرمز إلى تنظيم صناعي للمجتمعات ، يقوم في الأساس على الصناعة الآلية ، لا البدائية .

(4) المذهب الميكانيكي mechanism أو الآلي ، هو المذهب القائل بأن العمليات الطبيعية ، وعلى رأسها الحياة ، يمكن تفسيرها بنواميس علوم الطبيعة ، وعلى رأسها الكيمياء والفيزياء .

(5) سورن كيركيغارد Soren Kierkegaard (1855-1813م) هو فيلسوف ولا هوتي دانمركي . يصنف على أنه مؤسس الفلسفة الوجودية .

(6) فريدريك نيتشه Friedrich Nietzsche (-1844 1900م) هو فيلسوف وشاعر ألماني ، له آراء فلسفية خاصة في علم النفس ، عرفت بقربها من الفلسفة البراجماتيه ، والفلسفة الوجودية . درس نيتشه في جامعة بازل بسويسرا ، ثم أصبح مواطناً سويسرياً . توفي متأثراً بانهيار عقلي في أواخر حياته .

(7) يُعد رولو ماي (1994-1909م) واحداً من أشهر علماء النفس الوجوديين . ولد في أمريكا ، في ولاية اوهايو ، ثم انتقل مع أسرته ، حينما كان طفلاً ، إلى ولاية ميتشجان . درس البكالوريوس في كلية أوبرلين Oberlin ثم سافر إلى فينا ، ودرس مع "ألفرد ادلر" هناك ، ومن ثم عاد إلى أمريكا ، وتعرف على الفكر اللاهوتي في ولاية نيوجرسي . خلال دراسته للدكتوراه في علم النفس الإكلينيكي أصيب بمرض السل الرئوي . وخلال فترة العلاج ، التي دامت عامين ، أهتم بالقراءة والاطلاع حول موضوع القلق ، والذي من خلاله أصدر كتابه "معنى القلق" عام 1950م . في حين عكس كتابه "الحب والإرادة" (1969م) معاناته الشخصية في الحياة . أما كتاب "علم النفس الوجودي" فهو أكثر كتب "ماي" رواجاً ، لكونه المصدر الرئيسي في شرح نظريته . بجانب عمل "ماي" كمعالج نفسي ، ألقى

العديد من المحاضرات في أشهر الجامعات الأمريكية ، شارحاً تجربته ونظريته الجديدة في علم النفس الوجودي .

(8) يُعد فرانكل من أوائل المعالجين النفسيين الذين بلورو الفلسفة الوجودية ، في شكل علاج . ولد عام 1905م في فينا بالنمسا ، وبدأ حياته العلمية هناك ، حتى حصل على درجة الدكتواره ، ثم أسس مراكز للإرشاد والتوجيه . وقد تأثر بكتابات بعض الفلاسفة الوجوديين ومنهم "هيدجر" Heidegger و "شيلر" Scheler و "جاسبر" Jaspers . ومع بداية عام 1938م أخذ فرانكل يطور فلسفته الخاصة ، القائمة على مفهوم لتحليل الوجودي existenzanalysis وعلاج اللوجود logotherapy . سُجن في المتعقلات النازية بألمانيا خلال الفترة 1942-1945م . وفي المعتقلات مات أخوه ، وزوجته ، ووالديه . بعد ذلك سجل فرانكل خبراته في كتاب اسماه "من معسكر الموت إلى الوجودية" وقد طبع في ألمانيا عام 1946م ، ثم في إنجلترا عام 1956م ، وقد صدرت طبعة جديدة من الكتاب عام 1968م مع إضافات بسيطة . ويعد الكتاب من المصادر الرئيسية في العلاج الوجودي . وقد توصل فرانكل إلى فلسفته من خلال خبراته في معسكرات الاعتقال ، حيث أبصر الحقيقة التي ينادي بها الأدباء والشعراء ألا وهي "الحب" كطريق إلى انتزاع معنى للحياة ، وعلى أنه اسمى الأهداف الإنسانية ، وهو السبيل إلى إعطاء الحياة معنى مختلف يميزها عن العدم . فقد كان يسأل المعتقلين معه عما تتوقعه الحياة منهم؟ لا ما يتوقعون هم من الحياة .

(9) فقدان الشخصية depersonalization تعني الأحساس بالإنفصال عن البيئة .

(2) الهوية identity هي إحساس الفرد بنفسه ، وبفرديته وحفاظه على تكامله ، وقيمته ، وأفكاره ، وسلوكياته .

(10) كلمة لوجوس logos جاءت من الفلسفة اليونانية القديمة ، وتعني المبدأ العقلاني في الكون . وفي الاصطلاح تحمل الكلمة معنين هما : المعنى ، والروح .

(11) رينيه ديكارت Rene Descartes (1591-1650م) هو فيلسوف وعالم رياضيات فرنسي ، كان مهتماً بعلم المعرفة epistemology أكثر من اهتمامه بعلم الوجود ontology .

(12) العصاب neurosis هو مجموعة من الاضطرابات العقلية التي تتميز بالقلق المفرط والمستمر ، والعصبية الزائدة ، وبعض الأعراض الجسمية والإحباط والهستيريا والمخاوف .

(13) سلب الحساسية desensitization تعني الإقلال من ردود الأفعال الجسمية أو النفسية إزاء مؤثرات معينة .

(14) التداعي الحر للمعاني free association هو أسلوب علاجي يهدف إلى حث العميل وتشجيعه على تشغيل ذهنه ، والتعبير عن أفكاره بحرية مطلقة ، دونما إعادة ضغط أو مقاطعة من قبل المعالج .

(15) إعادة بناء معارف العميل ومداركه وتصحيح معلوماته ، ثم كيفية استخدامها وتوظيفها في الحياة العامة والمواقف المختلف

(16) الأمبيريقي empirical تعني ما يبنى على الملاحظة المباشرة والاختبار . وعكسها الميتافيزيقي metaphysical التي تعبر عن الأشياء التجريدية والغيبية ، التي لا يمكن اختبارها أو قياسها .

المراجع

-Barker, R. (1999). The social work dictionary (4th ed.). Washington, D. C. : NASW Press.

- Corey, G. (2001). Theory and practice of counseling and psychotherapy (6th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks-Cole/Wadsworth.

- Deurzen-Smith, V. (1988). Existential counseling in practice. In: G. Corey. Theory and practice of counseling and psychotherapy. Pacific Grove, CA: Brooks-Cole/Wadsworth.

- Frankl, V. (1986). The doctor and the soul: From psychotherapy to logotherapy. New York: Random House.

-Krill, D. (1987). Existential approach. Encyclopedia of Social Work (18th ed.). NASW. Maryland: Silver Spring.

- Krill, D. (1969). Existential psychotherapy and the problem of anomie. Social Work, 14 (2), 33-49.

- May, R. (1969). Existential psychotherapy. New York: Random House.

- Payne, M. (1997). Modern social work theory: A critical introduction.
) 2nd ed.). Chicago, IL: Lyceum Books.

7

الفصل السابع

الاتجاه النفسي الاجتماعي

- الجذور التاريخية .
- مدخل .
- الأفكار الفلسفية التي يقوم عليها الاتجاه النفسي الاجتماعي .
- أهداف الاتجاه النفسي الاجتماعي .
- مراحل تطبيق الاتجاه النفسي الاجتماعي .
- مهام المرشد الأسري في الاتجاه النفسي الاجتماعي .
- الأساليب العلاجية المستخدمة في الاتجاه النفسي الاجتماعي .
- تعليق ختامي .
- نقاط القوة ونقاط الضعف .

"بنقاط إستراتيجية سنحاول تعبئة القوى الذاتية وما يتعلق بها من قوى البيئة ، لأجل التحسين بالقدر الممكن للأفراد ولوظائفهم الذاتية . ." Florence Hollis.1977

الجذور التاريخية

يرجع الفضل الحقيقي في ابتكار الاتجاه النفسي الاجتماعي psychosocial approach إلى "ماري ريتشموند" M. Richmond (1920) حسب ما ذكرت "جوردن هاملتون" G. Hamilton (1937) وذلك في إطار تقسيمها لعملية التدخل المهني ، التدخل المباشر -تأثير الإنسان على الإنسان الآخر-والتدخل غير المباشر- والذي يتم عبر البيئة الاجتماعية . وبناء على ذلك نستطيع القول إن مفهوم التدخل النفسي الاجتماعي قد انبثق من حقل الخدمة الاجتماعية ، حينما كانت "ريتشموند" تعمل في مجال الخدمة الاجتماعية الأُسرية . ومن خلال التطورات الأولية والبسيطة التي شهدها المفهوم النفسي الاجتماعي ، تأثر كل من "بتسي ليباى"B. libby و "هاملتون" ، بما كتبته "ريتشموند" حينما ربطت بين عملية المساعدة ، وبين فهم العوامل التي تعزز الحاجة للمساعدة . فكان تأثير "ليباى" في مجال التدخل الاجتماعي . أما "هاملتون" فقد أسهمت من خلال العديد من المنشورات ، ومن خلال إشرافها على كلية نيويورك للخدمة الاجتماعية . بينما جاءت مساهمة "شارلوت تاول" C. Towle في أعمالها البارزة في كلية إدارة الخدمات الاجتماعية التابعة لجامعة شيكاغو ، وذلك في إثبات إمكانية استخدام التدخل النفسي الاجتماعي في العديد من مجالات الخدمة الاجتماعية . وتعتبر كل من "آنيت غاريت" A. Garret و "فلورانس داى" F. Day و "لوسيل أوستن" L. Austin و "فيرن لورى" F. Lowry و "برتا رينولدز"B. Reynolds من أبرز الذين ساهموا في تطوير المفهوم النفسي الاجتماعي ، حتى أصبح اتجاه علمي عرف بالاتجاه النفسي الاجتماعي (Turner, 1996 Goldstein, 1995;) .

إن الاتجاه النفسي الاجتماعي خليط من معارف متنوعة استمدت من نظريات نفسية ، كنظرية الجماعات الصغيرة ، والنظرية المعرفية ، والنظريات السلوكية ، ونظريات التحليل النفسي ، ونظريات اجتماعية كنظرية الدور ، ونظرية الأنساق العامة ، ونظرية الأنساق الايكولوجية ، ونظرية الأسرة ، ونظريات الاتصال . كما يمكن القول بأن لمفاهيم التدخل في الأزمات ملامح مشتركة في الاتجاه النفسي الاجتماعي . بل

إنها – نظرية التدخل في الأزمات – قد أضفت بعض الأفكار النفسية الاجتماعية ، مما أضاف آليات علاجية جديدة ، بواسطة ممارسة المتخصصين للاتجاه . يضاف إلى ذلك معارف مشتركة استمدت من العلوم الاجتماعية ، كالطبقات الاجتماعية في المجتمع ، وسلالات المجتمع ، والأديان والقيم المختلفة . إن هذا الكم الهائل من المعارف الذي استفاد منه الاتجاه النفسي الاجتماعي ، لم يأت دفعة واحدة ، وهو ما يؤكد على انفتاح هذا الاتجاه ومرونته في الاستفادة من كل ما هو جديد في الحقلين النفسي والاجتماعي . (Turner, 1987)

ولعل بداية تطبيق الاتجاه النفسي الاجتماعي كان من الساحل الشرقي للولايات المتحدة الأمريكية ، وكان أول من استخدم المصطلح لأول مره "هانكنس" Hankins(1930) العضو في مجلس كلية سميث Smith College بعد ذلك استخدم في كتابات "هاملتون" (1951) . ثم أرسى الاتجاه قواعده خلال الثلاثينيات والأربعينيات ، وذلك على أيدي كل من : "فلورانس هوليس" F. Hollis و "سويتون باورز" S. Bowers و "جوردن هاملتون" ، إلى أن تحول مفهوم الاتجاه إلى أسلوب علاجي بفضل العاملين في مجال خدمة الفرد ، حتى عرف في بعض أدبيات الخدمة الاجتماعية بالعلاج النفسي الاجتماعي psychosocial therapy . وخلال الخميسينات من القرن العشرين أستخدم الاتجاه على نطاق واسع كحلقة وصل في التفكير النفسي والاجتماعي لدى الكثير من المهتمين بالعلوم الاجتماعية . إلاّ أن أعمال "هوليس" كانت لها أثراً خاصاً لتحديد معالم الاتجاه كأسلوب علاجي في ممارسة الخدمة الاجتماعية (Goldstein, 1995 ; Turner, 1996) .

وفي مجال الممارسة المهنية والتدخل المهني كان الاتجاه ضيق النطاق خلال الثلاثينيات والأربعينيات من القرن العشرين ، إلاّ أنه شهد شيئاً من التوسع خلال الخمسينيات والستينيات ، حيث شمل الأُسر ذات المشاكل المزدوجة وجميع أشكال اختلال الشخصية . أما ما يخص الأساليب العلاجية فقد كان من الضروري تطوير تلك الأساليب في الحالات التي يتعذر فيها وجود الحافز العلاجي على وجه الخصوص ، أو عندما يكون الحافز الذاتي لدى العميل منخفضاً على الأقل ، كحالات إدمان المخدرات مثلاً (Northern and Kurland, 2001) .

وعن المؤلفات الأولى حول الاتجاه، نشرت "هوليس" كتابها "الاتجاه النفسي الاجتماعي في خدمة الفرد" وذلك في منتصف القرن العشرين حينما ظهرت عدة اتجاهات علاجية آنذاك. ومع الاتساع والشمول الذي شهدته خدمة الفرد لتتضمن جميع نماذج التدخل المباشر، كالعمل مع الأزواج والأسر والعمل مع الجماعات الصغيرة، أدى ذلك كله إلى اتساع نطاق الاتجاه النفسي الاجتماعي، كما انعكس ذلك في كتابات "هوليس" المتأخرة (Turner, 1996).

مدخل

تشير الدراسات إلى وجود جذور عميقة وضاربة في تاريخ الخدمة الاجتماعية لمصطلح "النفسي الاجتماعي". وعلى الرغم من أنه مصطلح شامل، إلاّ أنه أصبح في السنوات الأخيرة مصطلحاً محدداً ومرتبطاً باتجاه معين لتجربة الخدمة الاجتماعية، مما أكسبه ميزة الخصوصية بالنسبة لمهنة الخدمة الاجتماعية بشكل عام، وللخدمة الاجتماعية العلاجية بشكل خاص. وعند تطبيق هذا المصطلح نجد أنه يشير إلى إطار النظرية التي تؤكد الحاجة إلى الدراسة المزدوجة والمتكاملة للإنسان النفسي والإنسان الاجتماعي؛ أي علاقة الإنسان بنفسه، وعلاقة الإنسان بالأشخاص الآخرين، وعلاقته داخل النظام الاجتماعي (Turner, 1996).

فالاتجاه النفسي الاجتماعي ينطلق من قاعدة تدعو إلى التوازن السليم، بين الإنسان وبيئته الاجتماعية، على أنه -الإنسان- كائن نفسي اجتماعي في ذات الوقت. وأصبحت نقطة العبور لهذا الاتجاه هي فهم الإنسان ونموه وتطوره والتفاعل بينهما. وعلى ضوء هذه النقطة، فإن أسس المعرفة للممارسة مستمدة من المكونات البيولوجية والنفسية والاجتماعية. وهذه المكونات مرتبطة بفهم التفاعل الواقع بين مجموعة من النظم التي يمارسها الإنسان، أو يشارك فيها. وبناءً على هذه المعرفة تطورت المهارات في الممارسة العلاجية والمساعدة بشكل منهجي وفقاً لهذه الرؤية مع الأفراد والجماعات (Turner, 1996).

ويمكن القول إن الاتجاه النفسي الاجتماعي من حيث المبدأ، معني بالكثير من التركيز والتمحيص في الواقع النفسي للإنسان، والتفاعل الاجتماعي الذي يعيشه، وتفاعله مع من حوله. ويدعو الاتجاه إلى فهم لقواعد التحليل النفسي، وذلك لكي

يتمكن المعالج من التعامل مع القوى النفسية . فيستطيع أن يضع يده على مواطن الخلل . الأمر الذي يؤدي إلى وضع خطة علاجية ناجحة للعملاء . والدعوة إلى فهم قواعد التحليل النفسي ، مردها أن الاتجاه يعود بجذوره الأولى إلى نظرية التحليل النفسي لعالم النفس الشهير "سيجموند فرويد" S. Freud .

ويعتبر المدخل النفسي الاجتماعي من المداخل الشائعة ، والقوية في حقل الخدمة الاجتماعية ، نظراً لمرونته في التعامل مع نطاق واسع من حاجات العملاء ، بغض النظر عن العوامل السببية التي قد لا تعرف ، أو قد تكون إحدى الاعتبارات في مساعدة العملاء في الخدمة الاجتماعية (Achenbach, 1995) . ومن خلال تجربة العلاج يتضح بأنه نظام فكري يؤكد على أهمية النمو والتطور الصحي للإنسان ، ولهذه الفكرة هدف توجيهي هو تحديد الظروف المثلى للنمو والتطور البشري . وهي أيضاً بمثابة اتجاه تفاؤلي أساس بالنسبة لحالة الإنسان ، من المنظور الواسع لإمكانياته وقدراته ، حيث تحوله من الحرمان التام في مواجهة المواقف إلى القدرة على التقدم والتطور (Turner, 1996) .

ولأن الفرد في حالة تفاعل وتعامل مستمرين مع المحيطين به فإن مصطلح "الفرد في الموقف" personal-in-situation قد أعطي مفهوماً خاصاً لحصر الإطار الكلي للفرد أثناء تفاعله . إلاّ أن التحول الذي شهدته الخدمة الاجتماعية خلال عقد الستينيات الميلادية من القرن العشرين ، نحو مصطلح "الفرد في البيئة" personal-in-environment يقدم نظرة شمولية أكثر موائمة مع منظور الاتجاه النفسي الاجتماعي .

أما التشخيص في العلاج النفسي الاجتماعي فيتطلب ضرورة تشخيص الموقف بكامله ، لذا يسمى الاتجاه لدى البعض بـ"المذهب التشخيصي" . ولكونه يركز على تشخيص وضع العميل النفسي والاجتماعي ، في الممارسة المهنية فقد سمي بـ "المدرسة التشخيصية" (Turner, 1996) .

من العرض السابق يتضح بأن الاتجاه النفسي الاجتماعي يدعو إلى تعزيز الأداء النفسي الاجتماعي ، مع تأكيده على أهمية العلاقات المتشابكة بين مجموع القوى النفسية والاجتماعية . وكذا التفاعل القائم بين الفرد والجماعة التي ينتمي إليها . كما

يؤكد على أهمية الفرد الذي هو جزء من الجماعة، وفهم الجماعة التي هي جزء من النظام الواسع من المجتمع. كما يدعو الاتجاه إلى صون كرامة الفرد، فهو يربط الفرد بحالته الوضعية وبعلاقاته وبدوره في الحياة؛ وأنه لابد وأن يمتلك الفرصة التي تسمح له بانتقاء قدراته الإنمائية، بالطرق التي تتناسب مع إمكانياته، والتي بدورها تلعب دوراً إيجابياً في بناء المجتمع. أما على مستوى الجماعة فالاتجاه يحافظ على وحدة الجماعة وترابطها كوحدة قائمة بذاتها.

الأفكار الفلسفية التي يقوم عليها الاتجاه النفسي الاجتماعي

أولاً/ شخصية الإنسان:

لقد وجد الاتجاه النفسي الاجتماعي من نظرية التحليل النفسي مصدراً مهماً لفهم شخصية الإنسان حيث تنقسم شخصية الإنسان وفقاً لتلك الرؤية إلى:

(أ) **الأنا** ego التي هي ذلك القسم من الجهاز النفسي الذي يحوي جميع العمليات النفسية الشعورية (الشعور). أما اللاشعور فهو ذلك القسم من الجهاز النفسي الذي يحوي جميع العمليات النفسية اللاشعورية ويسمى (الهو). أما ما قبل الشعور فهو ذلك القسم من الجهاز النفسي الذي يقع في مكان متوسط بين القسمين السابقين. وتؤدي الأنا (الذات) وظيفة تصور الإنسان نحو نفسه، كما أنها مسؤولة عن إدارة وتنفيذ السلوكيات (Barker, 1999).

(ب) **الهو** id وتعني الطبيعة الحيوانية للإنسان التي تنادي بإشباع الرغبات والدوافع، وفقاً لمبدأ اللذة، وغالب هذه الرغبات والدوافع مكبوت منذ الصغر لكونها محظورة وتعيش في إطار اللاشعور، ولا صلة لها بالمجتمع (Barker, 1999).

(ج) **الأنا الأعلى** (الأنا المثالي) super ego التي هي الناتج عن أقوى الدوافع وأهم تقلبات الطاقة النفسية (الهو). وتنشأ الأنا الأعلى نتيجة عاملين أحدهما بيولوجي والآخر تاريخي، يحدث في فترة الطفولة من جراء الاعتماد على الغير. وتؤدي الأنا العليا وظيفة الضمير الذي يحتوي على جملة القيم، والمعايير، والمبادئ الأخلاقية التي يحكم بها الفرد دوافعه

وسلوكياته وفقاً لما رآه الإنسان وتعلمه مع مراحل النمو منذ الطفولة سواء بواسطة والديه أو المحيطين (Barker, 1999) .

ثانياً/ البيئة الاجتماعية:

البيئة الاجتماعية هي الأسرة والحي والأصدقاء والأقارب والمدرسة والعمل والظروف الاقتصادية ومؤسسات المجتمع المختلفة والثقافة العامة . وتؤدي البيئة الاجتماعية وظيفة تتمثل في إتاحة الفرصة للأفراد لإشباع حاجاتهم البدنية والنفسية والاجتماعية .

فالتكيف والتوافق والتأقلم من المطالب الأساسية للإنسان ، والتي تعد محصلة للتوازن بين الفرد والبيئة ، فالأنشطة المنظمة في حاجة إلى التعامل مع البيئة ، مع ضرورة وجود ما يسمى بالموازنة والضبط بين الفرد والبيئة المحيطة به حتى يستطيع إشباع حاجاته . ولهذا فإن الموازنة والتكيف عمليتان اجتماعيتان متلازمتان ، فإذا نجحت عملية التكيف تحققت عملية الموازنة ، وإذا نجحت عملية الموازنة تحققت عملية التكيف . وبالتالي أصبح هناك نقطة التقاء بين الفرد والبيئة ، مما يؤدي إلى إشباع حاجات الإنسان . أما إذا فشلت عملية التكيف فإن الفرد لا يستطيع الموازنة مع البيئة . وعليه يكون الفرد في صراع مع البيئة مما يحول دون إشباع حاجاته (Barker, 1999) .

وعلى الجانب الأخر ينظر الاتجاه النفسي الاجتماعي إلى البيئة على أنها إما مانحة للفرص ومحفزة على استغلالها ، أو حارمة ومحبطة لرغبات وطموحات الأفراد . ويبدو ذلك للعيان ليس في الماديات فقط كالطعام والشراب والسكن والعمل وغيرها ؛ بل أيضاً في المعنويات المتمثلة في الجوانب النفسية والاجتماعية التي يفرزها تفاعل أفراد المجتمع فيما بينهم . على أن البيئة هي المحددة لنمط التفاعلات وهي المانحة لفرص إقامة العلاقات .

ولرسوخ مفهوم البيئة في إحداث المشكلات ظهر مصطلح العلاج البيئي الذي يسلط الضوء على آثار القوى البيئية في شخصية العميل ، وبالتالي يتطلب العلاج إحداث تعديل في البيئة المحيطة بالعميل .

ثالثاً/ التوازن بين الإنسان والبيئة:

إن توازن شخصية الإنسان - أي إنسان - مرهون بتوازن القوى الثلاث (الأنا) و (الأنا العليا) و (الهو)، والتي بدورها ترتبط بالبيئة الاجتماعية التي عاش فيها الإنسان منذ المراحل الأولى من الطفولة ارتباطا وثيقا. مما يؤكد على الحاجة إلى التوازن بين شخصية الإنسان والبيئة الاجتماعية. ولكي ينجح الأخصائي الاجتماعي في تطبيق هذا الاتجاه لابد له من فهم سيكولوجية الذات لأن الأداء الخاطئ للذات وللذات العليا سيولد مشكلة سوء توافق للإنسان. ويتمثل الأداء الخاطئ للذات في قصورها عن القيام بأحد وظائفها أو عدم قدرتها على إيجاد التوازن بين الشخصية ككل وبين البيئة التي يعيش فيها الإنسان. أما الأداء الخاطئ للذات العليا فيتمثل في فشل الذات في الفصل بين ما هو صواب وما هو خطأ، من وجهة نظر البيئة التي يعيش فيها الإنسان.

يشير "فروم" Fromm كما أشار "فرويد" من قبل، إلى أن الشخصية تتكون من السمات النفسية والجسمية الموروثة والمكتسبة التي يتميز بها الفرد عن غيره، ويؤكد على أن الأُسرة لها دور حيوي في تشكيل وتنمية شخصية الطفل. كما يرى "أدلر"Adler أن السلوك الإنساني لا يتحرك فقط بمفعول الغرائز الفطرية، بل يرى أن المواقف الاجتماعية تؤثر أيضاً في السلوك الإنساني، كما يرفض التسليم بضعف الفرد، علاوة على رفضه القاطع بسيادة العامل الجنسي. أما "سوليفان" Sullivan فيذهب إلى أن دينامية (الذات) ذات دور بارز ومهم في تشكيل السلوك الإنساني وتنظيمه، فضلاً عن دورها في تحقيق الحاجة إلى القبول والتقبل. ويعرّف الشخصية بأنها كيان فرضي لا يمكن عزلها عن التفاعل الاجتماعي (Levy, 1970). كما أوضح "نيومن" Newman أن الإنسان عبر مراحل حياته يرتبط بحاجات نفسية واجتماعية معاً بدءاً من المراحل الأولى للطفولة وحتى المرحلة المتأخرة من الشيخوخة (Newman and Newman, 1999).

والمشكلات وفقاً لمفهوم التوازن هي نتيجة تفاعل العوامل الشخصية مع ظروف البيئة الاجتماعية. فلكل شخص وظيفة اجتماعية يؤديها من خلال العلاقات الشخصية المتبادلة. فإذا كان هناك خلل في التفاعل بين الطرفين فسيكون هناك مشكلة. فالفرد يتفاعل مع البيئة حسب فهمه لعناصرها وإدراكه الحسي لها, لذا فإن خبراته السابقة، خلال مراحل حياته، قد تزوده بأفكار ومشاعر خاطئة تتعارض مع ما يتوقعه الآخرون.

كما تتفاعل البيئة مع الإنسان من خلال ما تمليه عليه من قيم وعادات وتقاليد ثقافية قد تنسجم مع جوانب شخصية الفرد وقد لا تنسجم، فيظهر عدم الانسجام في شكل سلوكيات وتصرفات خاطئة.

رابعاً/ العلاج النفسي الاجتماعي:

يبني الاتجاه النفسي الاجتماعي إطاره العام على الجانبين النفسي والاجتماعي وذلك منذ بدء العلاقة المهنية بين المعالج والعميل. ولا تنقطع هذه الرؤية أو تختفي حتى نهاية المراحل الأخيرة من العلاج والتي هي عبارة عن تقييم نهائي للموقف.

وهدف الرؤية النفسية الاجتماعية، التي هي بمثابة نقطة الانطلاق للاتجاه، الوصول إلى علاج نفسي اجتماعي يبدأ باشتراك كل من المعالج والعميل لوضع خطة العلاج. ومع بدء التدخل المهني يُعطى التقييم قدراً من الاهتمام الذي يُراعى فيه الأخذ في الاعتبار ما يضاف بصفة مستمرة من المعلومات الجديدة عن العميل والموقف، والتي تستوجب إجراء تغييرات على خطة العلاج، من أجل الوصول إلى الهدف النهائي الذي هو معالجة العميل أو إصلاح الموقف من الناحيتين النفسية والاجتماعية (Barker, 1999).

يركز الأخصائي الاجتماعي في العلاج النفسي الاجتماعي على العلاقات الشخصية والمجتمعية، وما تنتجه من مشكلات، إضافة إلى المشكلات الشخصية التي يعاني منها العميل ذاته. ويتمثل التدخل المهني في تعبئة الموارد المتاحة لإيجاد موارد أخرى جديدة تستخدم من قبل الفرد والجماعة والأسرة والمجتمع، بهدف تعديل الشخصيات والسلوكيات وتحسين الأداء العام في المواقف الشخصية والاجتماعية في إطار نمط الثقافة السائد في المجتمع (Turner, 1996).

أهداف الاتجاه النفسي الاجتماعي

1. مقابلة حاجات العملاء الاجتماعية وتقوية قدراتهم الذاتية.
2. تحسين قدرة العملاء على الفهم.
3. تطوير سلوكيات العملاء لتحقيق الأداء الأمثل.
4. التقليل من القلق ومن ضعف الثقة في الذات والحد من الصور الخاطئة عن الذات.

5. تطوير القوى الذاتية لتؤدي وظائفها في التعامل مع المشكلات وفي تحمل المسؤوليات.

6. إيجاد نوع من التوازن بين الإنسان والبيئة، من خلال فهم ذات الإنسان، والأحداث الاجتماعية الأخرى.

7. تحقيق الاتصال والتفاعل الجيد بين الفرد والبيئة الاجتماعية.

8. منح العملاء التفاؤل المطلوب نحو فكرة النمو الذاتي والقدرة على التطور في المحيط الاجتماعي.

9. تحسين الأداء الاجتماعي للعملاء مع تطوير القوى الذاتية للاستجابة السليمة مع المواقف المختلفة.

10. إحداث تغييرات مقصودة في شخصية العميل أو في الظروف البيئية المحيطة أو فيهما معاً.

مراحل تطبيق الاتجاه النفسي الاجتماعي

المرحلة الأولى/ بناء العلاقة المهنية:

يبدأ تطبيق الاتجاه بعد تحديد المشكلة وبناء العلاقة المهنية، حيث تعد العلاقة المهنية خط التواصل بين المعالج والعميل وهي الأساس الذي من خلاله تتم عملية المساعدة.

وللعلاقة المهنية بين المعالج والعميل أهمية قصوى. فإذا كانت العلاقة العادية بين الناس ذات أهمية للنمو والأداء الوظيفي، فإنها تبدو كذلك في الاتجاه النفسي الاجتماعي، بل ربما أنها ذات طابع خاص هنا لارتباطها بعملية مساعدة لها ضوابطها وأخلاقياتها. وفي الاتجاه النفسي الاجتماعي من الأهمية بمكان فهم أنماط الارتباط لكل حالة، حتى يمكن تجنب صعوبات قد تطرأ وتحول دون استمرار العلاقة. وعلى الممارس المهني أن يكون واعياً لردود أفعال العملاء حتى تتم، ثم تستمر عملية المساعدة في الطريق الصحيح. وتلعب طبيعة العلاقة المهنية المبكرة دوراً مهماً في تحديد معالم الموقف المتوقف على قوة، ومتانة العلاقة المهنية. وفي الغالب يكون

لإشراف المرشد الأسري وإرشاداته أهمية كبيرة في تضمين الموضوعية التي من المفترض أن تتسم بها العلاقة المهنية بين المعالج والعميل (Turner, 1987) .

المرحلة الثانية/ جمع المعلومات:

تبدأ دراسة حالة العميل بالبحث والتعرف على مواطن الخلل النفسي والعوامل الاجتماعية والنفسية المؤدية إلى تفاقم المشكلة ، وذلك من خلال دراسة التاريخ الاجتماعي والنفسي لحالة العميل ، بعد ذلك يبدأ الأخصائي في العملية الحساسة والمهمة وهي عملية الربط بين العوامل النفسية والاجتماعية (Thomas , 1995) .

فمن مسؤوليات المرشد الأسري للاتجاه النفسي الاجتماعي مساعدة كل من العميل وجوانب البيئة المهمة ذات العلاقة بالموقف أو بالعميل وخصوصاً الأسرة ، وعلى ذلك يكون لكل موقف متطلباته من المعلومات اللازمة لتحقيق عملية المساعدة . ففي بعض الحالات يكون المعالج في حاجة إلى قدر بسيط من المعلومات عن العميل لتحقيق عملية المساعدة . وفي حالات أخرى يتطلب الأمر معلومات وتفاصيل كثيرة فقط لتحقيق عملية التقدير أو التشخيص . أمّا في الحالات التي تتطلب التركيز على الحاضر أو التي تتطلب علاجا موجزا ، فهي تتطلب معلومات مهمة ومختصرة في ذات الوقت ، مع تقليل النظر في الجوانب التاريخية . ما عدا ذلك ، وفي غالبية المواقف ، فإن معرفة عناصر محددة من تاريخ العميل ، يعُد أساسياً لفهم الحاضر من قبل المعالج والعميل وتقديم المساعدة المناسبة (Turner, 1987) .

إن جمع المعلومات ليس هدفاً بحد ذاته وإنما هو وسيلة لتحقيق عملية المساعدة بواسطة المعالج . فالمعلومات تسهل عملية فهم الواقع وتقدم مؤشراً لقرار المعالج حول طبيعة المشكلة وخطة العلاج المبنية على عملية التقدير .

المرحلة الثالثة/ التقدير:

عملية التقدير تتطلب من المعالج جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات ثم ربطها وتحليلها ، حيث أن التقدير في الاتجاه النفسي الاجتماعي لا يشترط أن يقوم العميل بتقديم ذلك الكم من المعلومات حول ذاته . وبما أن عملية التقدير عملية معقدة تتطلب مهارات مهنية أثناء الممارسة فالممارس للاتجاه النفسي الاجتماعي في حاجة إلى فهم خاص للجوانب التالية :

1- بناء شخصية العميل .

2- نمط الحياة الأسرية .

3- الموروث الثقافي .

4- الطبيعة البيولوجية .

5- الأحداث المهمة والمؤثرة في حياة العميل والجوانب المهمة من البيئة والحياة البيئية .

هذه الجوانب الخمسة تحتاج إلى فهم ليس بشكل منفرد أو مجزأ وإنما بشكل يوضح تأثيرها في العميل والطرق التي تتفاعل فيها لتؤثر في الأداء الحالي للعميل . كما أن عملية التقدير تتطلب معرفة طموحات العميل أو ما يريد إنجازه من خلال عملية المساعدة (Turner, 1996) .

إن فهم نظام العلاقات الاجتماعية الداخلية وتأثيراتها المحتملة على العملاء واحدة من الاعتبارات التي يفترض أن يفهمها ويتنبه لها الممارس المهني . يضاف إلى ذلك فهم البيئة التي يعيش فيها الناس والنظام السياسي ، ثم معرفة مدى مساعدة أو إعاقة تلك الأنظمة لتحقيق الناس لأهدافهم الذاتية وإنجازهم لطموحاتهم (Turner, 1987) .

وبما أن عملية التقدير تتطلب تحديدا دقيقا لأبعاد الموقف وفهم حالة التفاعل الاجتماعي مع البيئة -كما أن أسباب المشكلة عادة ما تكون أسباب مركبة- فإن الاتجاه النفسي الاجتماعي يدعو إلى فهم ديناميكية التفاعل بين الأبعاد المركّبة من الجوانب الأخرى وفهم للاستجابة الذاتية من خلال فهم الشخصية اعتماداً على وظيفة الذات والقوة التي تعمل بها كقوة توازن بين الحاجات والدوافع .

وطبقاً للاتجاه النفسي الاجتماعي فإن هناك أسلوباً آخر من أساليب التشخيص هو الذي يبحث عن الأسباب الماضية ، ذلك أن الماضي يعتبر مهماً فقط باعتباره مازال حياً في الحاضر . على أن الماضي لا يمكن أن يتَغيّر ، ولكن يمكن تغيير الأساليب الحالية لأداء الوظيفة الاجتماعية .

والتقدير يكشف عن مواطن العجز والقصور والضغوط الكامنة في البيئة ، ويوضح مناطق التفاعل المتتالية المؤلمة وغير المجدية ، كما يكشف عن موقع الضعف في الذات ،

مما يساعد على تخطيها من جانب، وزيادة قدرة العميل على تحمل المسؤولية لحل مشكلته من جانب آخر. أما عوامل الضغط من البيئة فقد تتطلب أحياناً تدخلاً مباشراً.

المرحلة الرابعة/ التدخل المهني:

يمكن للمرشد الأسري أن يمارس الاتجاه النفسي الاجتماعي مع العملاء بشكل منفرد (حالات فردية) أو مع الأزواج أو الأسر أو الجماعات الصغيرة؛ إضافة إلى الممارسة مع من له علاقة بالعميل كالأسرة والأقارب والأصدقاء أو حتى معالجين آخرين يمكن الاستعانة بهم في التدخل المهني (Turner, 1987).

كما أن الممارسة المباشرة مع العملاء باستخدام الاتجاه النفسي الاجتماعي تتطلب جهداً مكثفاً أثناء التدخل المهني، إذ لا بد من التيقظ والاهتمام والفهم من قبل المعالج للبناء الشخصي للعميل، كما أن الاستغراق في ماضي العميل ليس ضرورياً، بل ربما يضر بالعملية العلاجية. والشيء الذي يؤكد عليه خلال التدخل المهني هو الوعي لكل ما يحيط وله علاقة بموقف العميل، بما في ذلك العمل المباشر مع العميل ذاته لتقدير التأثيرات الواقعة عليه ثم التخطيط لوضع إستراتيجية علاجية مع العميل يتفق الطرفان -المعالج والعميل- على أهدافها وعلى طريقة تنفيذها. وهذا الأسلوب من التدخل المهني يظهر مدى كفاءة المعالج الإكلينيكي في اختيار ذلك الأسلوب الذي يتطلب كماً من المعارف حول الصحة النفسية وصعوبات الوظيفة الشخصية، ثم المهارة في إظهار مدى حاجة العميل نحو التغيير. وأخيراً إشراف المعالج وتوجيهه للعميل بالطرق المناسبة (Turner, 1987).

خلال عملية التدخل المهني على المعالج أن يدرك قوى وحدود كل عميل وكل موقف، ذلك أن نمو وتطور كل فرد يتأثر بعوامل كثيرة. ولكي نفهم الناس بالشكل الصحيح أو حتى القريب من الصواب، لا بد من فهم بيئاتهم وتأثيراتها وكل ما يتعلق بالبيئة والناس. وبناء على ذلك يتمثل هدف العلاج في تحقيق تدخل مناسب يضمن علاج ناجح لذات العميل ولظروفه الاجتماعية والترابط بينهما (Turner, 1987).

مع أن المساعدة معقدة وغير واضحة -وهذا بطبيعة الحال ليس غريباً في العلوم الإنسانية- إلاّ أنها فاعليتها تتوقف على مدى مناسبة التدخل المهني مع المواقف، التي تمتاز هي الأخرى بالاختلاف والتعقد. هذه النقطة لا بد أن تؤخذ بعين الاعتبار من قبل

المعالج تجنباً لحدوث انقسام ثنائي بين الأنشطة المباشرة والخدمات المحددة التي يحتاجها العملاء. بعض العملاء يكونوا في حاجة إلى أنشطة مباشرة فقط، التي هي الخدمات الملموسة، المتمثلة في المساعدات والمعونات، في حين أن البعض الآخر في حاجة إلى خدمات محددة تتطلب وعيا من قبل المعالج، ثم فهما خاصا لبناء شخصية العميل، وأخيراً معرفة بكيفية التعامل مع العميل. لذلك يكون تقدير قيمة العلاج مبني على النظر إلى الموقف وإلى الممارسة مع العميل بشقيها النفسي والاجتماعي (Hollis and Woods, 1999).

مهام المرشد الأسري في الاتجاه النفسي الاجتماعي

أشارت "هوليس" (Hollis, 1972) إلى أن هناك مجموعة من الأدوار التي يقوم بها المعالج خلال عملية تقديم المساعدة، منها:

(1) دور مقدم الخدمات:

في كثير من الحالات تكون الأسرة في حاجة إلى خدمات محددة تكون في متناول المعالج، بمعنى أنها تكون ضمن نطاق الخدمات التي تقدمها المؤسسة، حيث يقوم المعالج بتزويد الأسرة لما تحتاج إليه متى توفر عنصرين (أ) أن تثبت الدراسة التي قام بها المعالج حاجة الأسرة إلى هذه الخدمات. (ب) توفر الشروط الضرورية للحصول على هذه الخدمات.

(2) دور مدير الحالة:

إن إدارة الحالة من أهم عناصر نجاح خطة العلاج، من خلال هذا الدور يمارس المرشد الأسري عدة مهام كمهام التنسيق، والتخطيط، والتنظيم، والإشراف ومهام أخرى، وهي عمليات في غالبها إدارية بحتة كالتنسيق بين الأنشطة المقدمة للأسرة أو لأحد أعضائها، والتنسيق بين المهنيين العاملين في المؤسسة، والتنسيق الخارجي بين المنظمات والمؤسسات في المجتمع.

(3) دور المدافع عن حاجات العميل:

في هذا الدور يقوم المرشد الأسري بالدفاع عن حاجات العميل لدى الأسرة أو المؤسسة أو المجتمع الخارجي. يعد هذا الدور بمثابة الدور القانوني الذي يستند إلى

لوائح أو أنظمة وقوانين ، وعلى ذلك توفر حاجات العميل أو تدافع عن حقوق العميل المشروعة بقوة القانون أو النظام سواء النظام الاجتماعي أو النظام الإداري أو السياسي أو القانوني .

(4) دور الوسيط:

يتمثل دور المعالج هنا في التدخل في الخلافات أو المنازعات الأسرية الحادة ، وذلك بهدف إيجاد حل أو اتفاق بين أعضاء الأسرة بعضهم مع بعض أو بين الأسرة وأطراف أخرى .

(5) دور الموجد:

يقوم المرشد الأسري بدور الموجد أو الموفر لحاجات أعضاء الأسرة سواء كانت حاجات ذاتية كالتفريغ الذاتي الوجداني أو التشجيع والدعم الذاتي وما شابهها ، أو كانت حاجات اجتماعية ، سواء في محيط الأسرة أو في محيط المدرسة أو العمل أو في محيط البيئة بشكل عام .

(6) دور المفسر:

العملاء في حاجة إلى تفسير بعض الجوانب الغامضة في الموقف ، هذه الجوانب ربما تتصل مباشرة بأعضاء الأسرة وقواهم الداخلية ، وربما تتصل بالمحيط الخارجي كالبيئة أو الأشخاص الآخرين .

(7) دور المنسق:

يقوم المعالج بمساعدة أعضاء الأسرة في التعرف على الخدمات المتوفرة في المجتمع واكتشافها ثم الاتصال بهذه الخدمات التي يكون العميل في حاجة إليها . واتصال العميل بتلك الخدمات سيحقق ويعزز عملية تبادل المنافع بين المجتمع والأفراد في القطاعات المتنوعة .

(8) دور المعلّم:

يقوم المرشد الأسري بتعليم أعضاء الأسرة كيفية المبادرة ثم المساهمة في حل مشكلاتهم بالأسلوب الصحيح . كما أن تعليمهم بعض السلوكيات والمهارات يعد

دوراً تعليمياً يقوم به المعالج لمعالجة بعض الجوانب النفسية من الموقف ، أو من المشكلات التي يعاني منها أعضاء الأسرة .

الأساليب العلاجية المستخدمة في الاتجاه النفسي الاجتماعي

أوجز "ترنر" (Turner, 1996) خطوات التعامل المباشر مع العملاء في النقاط التالية :

1 ـ الخطوات المساندة (التدعيم والتأييد والمساعدة) .

2ـ خطوات التأثير المباشر (الإيحاء والنصيحة) .

3ـ خطوات المناقشة والوصف والاستكشاف (التنفيس الوجداني) .

4ـ الخطوات التي تشمل الاعتبار التأملي للموقف الحالي .

5ـ الخطوات التي تشمل الاعتبار التأملي لأنماط الشخصية والتصرفات .

6ـ الخطوات التي تشمل الاعتبار التأملي للماضي وأثره على الموقف الحالي .

ومن الأساليب العلاجية التي لا يستغني عنها الأخصائي الاجتماعي الممارس للاتجاه النفسي الاجتماعي ما يلي :

(أ) أسلوب التوضيح:

يعتبر أسلوب التوضيح من الأساليب الأساسية المستخدمة في العلاج النفسي الاجتماعي ، حيث يعمل المعالج على مساعدة العميل لرؤية معانٍ جديدة في تجاربه ، بحيث يبصر العلاقات الجديدة ويكتسب فهماً جديداً للمعاني الداخلة في عوارض السلوك البشري وإدراك المشاعر الذاتية والدوافع اللاشعورية . ويمارس المرشد الأسري أسلوب التوضيح في العلاج النفسي الاجتماعي إما لتفسير شيء غامض لدى العميل أو لتصحيح شيء خاطئ ، أو لتقديم معلومة جديدة ، خصوصاً في جانب العلاقات والاتصال كعلاج بيئي . ويشمل جانب العلاقات والاتصال علاقات العميل مع المعالج ومع الآخرين كالأسرة والأصدقاء والأقارب وغيرهم من الأفراد في البيئة والمحيط الاجتماعي .

(ب) أسلوب النقل أو الإبدال:

ويقصد بهذا الأسلوب تبديل شيء بشيء آخر ، ويعتبر من أهم القوانين التي تخضع لها العمليات النفسية اللاشعورية ، فهو ميكانيزم دفاعي يستخدمه المعالج لتحويل

أفكار ومشاعر ورغبات العميل إلى أفكار ومشاعر ورغبات أخرى أكثر قبولاً، أو يمكن تحقيقها. وتبدو أهمية أسلوب النقل من كونه يتمتع بقدره على تعزيز أداء العميل، على اعتبار أن العميل يكون أكثر قابلية للتأثير في إطار حالة انتقالية ما.

(ج) أسلوب الدعم:

يعتبر دعم أداء (الأنا) أثناء العلاج حائلاً دون المزيد من التدهور في شخصية العميل، كما يساعد هذا الأسلوب على استعادة أكبر قدر ممكن من قدرات العميل لتأمين حالة من الاستقرار والتكيف لدى العميل. كما يستخدم الدعم في تعديل سلوك خاطئ أو مرضي. إضافة إلى استخدام الجانب البيئي من خلال الدعم بواسطة خدمات المؤسسات والمهنيين والأشخاص الآخرين في المجتمع.

(د) أسلوب التمكين:

العملاء في حاجة إلى الخروج من المواقف التي يعانون منها خصوصاً حينما ترتبط مواقفهم بمشكلات نفسية-اجتماعية. ومن خلال هذا الأسلوب يستخدم المرشد الأسري مهاراته في التعاون مع العميل لأجل كسر حدة المشكلة والخروج من الموقف أو الأزمة. وهذا الأسلوب يعطي قدراً من الاهتمام للجانب البيئي من الموقف بحيث يعالجه أو حتى يتعامل معه. فمن الجانب البيئي يقوم المعالج بتمكين العملاء من الموارد عن طريق التمويل أو الاكتشاف أو صنع الموارد التي يحتاجها العملاء.

كما يقتضي التمكين تقوية الجانب الذاتي في العميل، المتمثل في تحقيق التنفيس الوجداني، وغرس الأمل في العميل، والاعتراف بمشاعره، وتقوية مصادر القوة فيه، لأجل مواجهة الموقف بالطرق السليمة. واستخدام الوسائل الصحيحة في حل المشكلة القائمة في ظل خطة العلاج الموضوعة سلفاً والمحتوية على أهداف العلاج ووسائل تحقيقه.

تعليق ختامي

المتتبع للنظريات الإنسانية قد يجدها مترابطة مع بعضها كما هو الحال مع الاتجاه النفسي الاجتماعي، ومع ممارسة الاتجاه ازدادت الكتابات عن تجارب ممارسته في حقول متعددة من حقول الممارسة المهنية، بما في ذلك ممارسته العميقة والمتطورة

باطراد في المجال الطبي . لقد تضمن الاتجاه نطاقاً واسعاً من قضايا النمو الصحي والفسيولوجي ، وذلك راجع إلى التفاعل الواضح بين الصحة من جانب والشخصية والبيئة من جانب أخر ؛ وفي نهاية المطاف أنعكس ذلك على الأداء الأمثل الذي ميّز الممارسين المهنيين في المجال الطبي حينما تبنوا الاتجاه النفسي الاجتماعي في مجال العمل والتطبيق . كما أن هناك مجالات أخرى راج استخدام الاتجاه فيها كمجال العمل مع المسنين ومجال الأمراض العقلية ومجال الاعتماد على العقاقير ومجال الرعاية والتأهيل والمجال الأسري ومجالات حيوية أخرى ، بالإضافة إلى كتابات حديثة تعكس جدوى الاتجاه مع العملاء الموشكين على الموت (Turner, 1987) .

رغم أن الاتجاه النفسي الاجتماعي نشأ بداية في مهنة الخدمة الاجتماعية وفي طريقة خدمة الفرد تحديداً إلاّ أنه وبحق قد أمتد نطاق ممارسته ليشمل جميع طرق العلاج . يستطيع المعالج أن يمارس هذا الأسلوب العلاجي وبكفاءة ، في مجال الإرشاد الأسري ، بل إن الاتجاه بهذه الميزة أو الخاصية قد دعم فكرة الممارس المتخصص الذي يختلف عن فكرة ومفهوم الممارس العام (Turner, 1987) .

لقد أثبت الاتجاه فاعليته من خلال الممارسة المهنية ، كما أثبت أهليته من خلال الكتابات الأدبية عنه كنموذج علاجي يمكن أن يمارس مع الأسر والأزواج والجماعات فضلاً عن فاعليته الملحوظة مع الأفراد . ففي الاستفتاء الذي أجرته الجمعية الأمريكية للأخصائيين الاجتماعيين (1982) أشار حوالي 93% من الممارسين الإكلينيكيين بأن الاتجاه النفسي الاجتماعي هو الموجه الأول لممارستهم المهنية مع العملاء . لقد قدم الاتجاه النفسي الاجتماعي طريقاً واضحاً في الإرشاد الأسري ، فهو يمثل مدرسة تفكير تحتاج إلى قدر من الولاء والاهتمام من لدن المرشدين الأسريين لزيادة فاعلية خدماتهم . لقد أخذ مصطلح (النفسي الاجتماعي) قدراً كبيراً من الأهمية منذ النصف الثاني من القرن العشرين ، كما أصبح مصطلحاً ذا انتشار واسع في أفكار وفي كتابات كثير من المتخصصين ، حتى أن مصطلح "نفسي اجتماعي" قد ورود في الطبعة الثالثة من القاموس الأمريكي للطب النفسي والصحة النفسية (Turner, 1987) .

ومن الأشياء الأساسية التي لا يستغني عنها الاتجاه ، قضية اختبار المعارف وتجديدها ، والذي يتأتى مع الأبحاث العلمية التجريبية . والشيء السار هنا هو أنه ومنذ العقد السادس من القرن العشرين والاتجاه يأخذ نصيباً جيداً من المشروعات البحثية

التي تختبر الصالح والمستخدم من نموذج "هوليس" في العلاج الفردي. لقد صُممت بعض الأبحاث لتدرس جوانب مقننه من الاتجاه أثناء الممارسة، مما كان له مردود إيجابي في إثراء القاعدة المعرفية للاتجاه (Goldstein, 1995).

لقد أسهم الاتجاه النفسي الاجتماعي في تطوير الممارسة الإكلينيكية من خلال التزام الاتجاه بالإطار المعرفي التقليدي، في الوقت الذي بنى فيه الاتجاه بعض المعارف الجديدة المستندة على تلك المعارف التقليدية. ومن المتوقع أن يتزايد قدر وأهمية الاتجاه مع تزايد الأبحاث التي ستحاول اختبار جوانب متعددة من الاتجاه ومفاهيمه خصوصاً في ميدان الإرشاد الأسري. كما يتوقع نفس الشيء مع تزايد المقالات المنتظرة من الممارسين المهنيين ليكشفوا عن الإفادة من الاتجاه النفسي الاجتماعي في المجالات الجديدة من الممارسة، مع التعريف بجوانب القصور في المجالات التي يمارسون فيها (Goldstein, 1995).

أخيراً.. هناك بعض النقاط التي من المفترض الانتباه إليها، ففيما يتعلق بممارسة الاتجاه النفسي الاجتماعي، فمن الأهمية بمكان التركيز على تحديد التشخيص بشكل دقيق ثم الوضوح في أهداف العلاج، وأخيراً النظر في العلاقة والترابط بين التشخيص وأهداف العلاج. إن الاهتمام بمسألة الدقة والوضوح في عملية التقدير أو التشخيص الحيوي لواقع العملاء النفسي والاجتماعي يؤكد على مسؤولية المعالجين في الممارسة بالشكل الفعّال. إنها مسؤولية أخلاقية تعزز من مكانة المهنة ومكانة القائمين عليها، كما من شأنها أن ترفع من كفاءة ونوعية الخدمات المقدمة للعملاء. أما ما يتعلق بتعليم الاتجاه، فينبغي التركيز على الجوانب البيولوجية لحياة الناس وتأثيراتها عليهم ثم الفهم العميق لاختلاف الثقافات (Turner, 1987).

نقاط القوة ونقاط الضعف

أولاً/ نقاط القوة:

1 - سرعة استجابة الاتجاه للحاجات المستجدة والطارئة أثناء ممارسات الإرشاد الأسري، حتى أن البعض ربط وبشكل قوي بين الاتجاه وبين أسلوب التدخل أثناء الأزمات crisis intervention.

2 - اتسام الاتجاه بخاصية الانفتاح من أجل التغيير ثم المرونة والشمول في الممارسة، حتى أن بعض الكتابات استقت من نظرية الأنساق العامة

general system theory بعض مفاهيم الشمول والترابط في المواقف والأشخاص.

3 - يمتاز الاتجاه بأنه نظام منفتح يمكن أن يتطور ويتجدد مع ظهور نظريات أو معارف جديدة في الحقلين النفسي والاجتماعي.

4 - أثبت الاتجاه فاعليته مع مشكلات متنوعة وفي مجالات عديدة من مجالات الممارسة المهنية كمجال الأسرة والطفولة ورعاية الأحداث المنحرفين والإدمان إضافة إلى مجالات عديدة أخرى.

5 - تعتبر حدود الاتجاه واضحة المعالم (نفسي - اجتماعي) (تأثير - تأثر). مما يبعث الاطمئنان نحو الاتجاه ثم القبول بتطبيقه من لدن الممارسين المهنيين والعملاء على حد سواء.

6 - يمكن تعميم استخدام الاتجاه النفسي الاجتماعي مع الحضارات المختلفة ولدى الثقافات المتباينة، وذلك لأنه يولي اهتماماً كبيراً للبيئة وعناصرها، وبالتالي يمكن التنبؤ بعدم تعارضه مع القيم والأيدلوجيات المجتمعية الخاصة بكل مجتمع.

ثانياً / نقاط الضعف:

1 - يحتوي الاتجاه النفسي الاجتماعي على بعض المفاهيم التي ينتابها شيء من الغموض الذي يُعزى إلى رجوع جذور الاتجاه إلى نظرية التحليل النفسي، التي تقسم الذات البشرية إلى ثلاث قوى هي الشعور، وما قبل الشعور، واللاشعور. والتي بدورها تعيش في أعماق الإنسان وفي باطنه، مما يصعب اكتشافها أو يحول دون إثبات حقيقتها في ظل الظروف الراهنة.

2 - شمولية واتساع الاتجاه النفسي الاجتماعي تصعبان رسم حدود ومعالم ممارسته، مما يحول دون تأكيد أو نفي ملائمة ممارسته في كافة مجالات الممارسة، ومع مختلف المشكلات ولدى جميع العملاء. إذ يتطلب ذلك الكثير من الجهد والوقت لعمل دراسات تجريبية لتأكيد أو نفي فاعلية ممارسته.

المراجع

-Achenbach, T. (1995). Diagnosis, assessment, and comorbidity in psychosocial treatment research. Journal of Abnormal Child Psychology, 23. 45-65.

- Barker, R. (1999). The social work dictionary (4th ed.). Washington, D. C. : NASW Press.

- Goldstein, E. (1995). Psychosocial approach. Encyclopedia of Social Work (19t ed.). Washington, D. C. : NASW Press.

- Hollis, F. and Woods, M. (1999). Casework: A psychosocial therapy (3rd ed.). New York: Random House.

- Hollis, F. (1972). Casework: A psychosocial therapy. In: F. Hollis & M. Woods (3rd ed.). Casework: A psychosocial therapy. New York: Random House.

- Levy, L. (1970). Conceptions of personality: Theories and research. New York: h Random House.

- Newman, B. and Newman, P. (1999). Development through life: A psychosocial approach) 7th ed.). Home Wood: The Dorsey Press.

- Northern, H. and Kurland, R. (2001). Social work with groups) 3rd ed.). New York: Columbia University Press.

- Turner, F. (1996). Social work treatment) 4th ed.). New York: Free Press.

- Turner, F. (1987). Psychosocial approach. Encyclopedia of Social Work (18th ed.). NASW. Maryland: Silver Spring.

الفصل الثامن 8

مقاييس في الإرشاد الأسري

- مقدمة حول المقاييس واستخداماتها .
- مقياس تقييم الأسرة .
- مقياس تحمل الأسرة للمصاعب .
- مقياس تماسك الأسرة .
- مقياس مستوى تنظيم الأسرة .
- مقياس تعاطف الأسرة مع بعضها .
- مقياس كفاءة الأسرة .
- مقياس مستوى الحوار الأسري .
- مقياس الرضا عن الحياة الأسرية .
- مقياس السعادة الزوجية .
- مقياس العلاقات الأسرية .
- مقياس العلاقة بين الأخوة والأخوات .
- مقياس رضا الوالدين .
- مقياس كفاءة الوالدين في التربية .
- مقياس الحب بين الأزواج .
- مقياس العلاقة بين الزوجين .
- مقياس العنف بين الأزواج .

"متى وجد الشيء فإنه يوجد بمقدار، فإذا كان موجوداً بمقدار حينئذ يمكن قياسه"

Edward Lee Thorndike (1874 — 1949)

مدخل- مقدمة حول المقاييس واستخداماتها

تعبر المقاييس measurements or scales عن إجراءات منظمة هدفها تقدير أداء الأفراد في مواقف معينة أو جوانب معينة من الشخصية، أو كشف وجهة النظر تجاه شيء ما. والتقدير قد يكون كمياً quantitative (رقمياً) وهو الشائع، وقد يكون كيفياً qualitative لوصف شيء لشيء ما أو لجانب أو أكثر من جوانب الشخصية.

ولأن الإرشاد الأسري يقوم في الأساس على الممارسة المباشرة direct practice مع الأفراد والأسر، والتي تحتوي على المقابلة والملاحظة فإن تقديم مقاييس كمية سيساعد ويدعم الممارسة في ذلك المجال، سواء في مرحلة الدراسة أو التشخيص أو العلاج. لذا عمدنا إلى ختم هذا المؤلف بتقديم بعض المقاييس المقننة standardized measurement ذات العلاقة المباشرة بموضوع الكتاب "الإرشاد الأسري".

والهدف الأساس في تقديم المقاييس يتمثل في توفير أدوات موضوعية Objectivity للمساعدة في الوصف والتقدير، على أن هناك مصادر عدة يمكن أن يستعير المرشد بها، لذا فإن اختيار المقياس وانتقاءه من الأمور الأساسية في العمل الإرشادي، علماً أن هناك مقاييس لا يمكن أن يتعامل معها إلاّ أخصائي قياس وتقويم، وفي المقابل هناك حالات لا تتطلب قياس، وفي الجانب الآخر من ذلك كله هناك بعض الحالات التي تكون في حاجة إلى مقاييس خاصة، لذا يفترض في المرشد الأسري أن يكون على دراية بالطرق العلمية لبناء المقاييس، فضلاً عن معرفته بكيفية استخدام الاختبارات والمقاييس الجاهزة والمقننة. ومن جملة الركائز التي ينبغي أن يعرفها المرشد الأسري تلك المبادئ الأساسية التي يجب أو يحبذ توفرها في المقياس، أو في طريقة التعامل معه، وخصوصاً في ممارسة الإرشاد الأسري، ومن هذه المبادئ (Bloom et al., 1990):

1 - المقياس لابد أن يقيس شيئاً مقصوداً ومحدداً، لذا ينبغي أن يقدم المقياس إضافة نحو هذا الشيء المقصود والمحدد، وغالباً ما يكون ذلك درجة أو قيمة أو وزن أو رتبة.

2 - لابد أن يكون المقياس مقنناً، وذلك لما يمتاز به المقياس المقنن من حسن الإعداد والبناء، بالإضافة إلى الموضوعية. والمقياس المقنن هو الذي يكون تصميمه وبنوده موحدة بحيث يعطي نفس الدرجة -تقريباً- إذا استخدم مع المجيب أو المبحوث أكثر من مرة وبغض النظر عمن يصحح المقاس في كل مرة. والمقاييس المقننة تقدم بعد أن يجرى لها اختبارات الصدق والثبات validity and reliability tests إلاّ أن المقاييس المنقولة etic scales من ثقافات أخرى ولغات أخرى تحتاج إلى أقلمة أو توطين وذلك بتجريبها وإعادة اختبارها، وخصوصاً اختبار الصدق الظاهري وصدق المحتوى أو المضمون، بحيث تناسب الخصوصية الثقافي لمن ستطبق معه لتصبح مقاييس محلية أو شبيهة بها emic scales.

3 - لابد أن يسبق تطبيق المقياس مقدمة غالباً تكون شفهية من قبل المرشد تعرف بالمقياس والهدف من تطبيقه، وكذلك أخذ الأذن من المجيب سواء إذناً شفهياً أو مكتوباً. كما يفترض أن يحتوي المقياس على مقدمة مكتوبة توضح طريقة الإجابة، وأسلوب التعامل مع بنود المقياس، والمدة الزمنية المتوقعة لإتمام المقياس، إضافة إلى سرية البيانات وخصوصيتها.

4 - لابد من تطبيق القواعد والتعليمات الخاصة بكل مقياس بشكل دقيق تجنباً للتحيز bias وبعداً عن الوقوع في الجوانب غير الأخلاقية، بالإضافة إلى تحري الدقة في نتيجة المقياس خصوصاً حينما تكون التعليمات معقدة كعكس reverse بعض الإجابات -المشروط في بعض المقاييس- لما لذلك من تأثير في تقدير حالة المجيب وتشخيص وضعه. ولمستخدمي الحاسب الآلي في عمليات تحليل بيانات المقاييس ينصح باستخدام المنظم في البرنامج المستخدم مثل استخدام أداة التركيب syntax في برنامج الحزم الإحصائية المعروف في العلوم الاجتماعية SPSS.

5 - ينبغي معرفة أسلوب تحليل المقياس وطرق تحصيل الدرجة النهائية وتفسير النتيجة. ففي ممارسة الإرشاد الأسري هناك ثلاث طرق شائعة: أ) المقارنة بين نتيجة عميلين، كالمقارنة بين درجات الزوج ودرجات الزوجة. ب) استخدام المتوسط الحسابي mean أو الوسيط median. ج) استخدام درجة القطع أو العتبة cutoff score.

والمقاييس كغيرها من أدوات الممارسة الأخرى لديها مزايا وعيوب خاصة، إلاّ أن عيوبها لا يعني الاستغناء عنها بالكلية، وإنما رصد العيوب سيكون مدعاة إلى فحص المقياس وتعريضها للنقد البناء، أو تفادي العيب من خلال تدعيم المقياس بمقياس آخر أو بأداة أو وسيلة أخرى من أدوات ووسائل الممارسة. لذا سيتم عرض المزايا والعيوب الخاصة بالتطبيق والممارسة (Corcoran and Fischer, 2000):

أولاً/ المزايا:

1 - تتميز مقاييس الممارسة في الإرشاد الأسري بسهولة التطبيق، كما لا تتطلب كثيراً من التدريب، فضلاً عن أنها قصيرة بحيث لا تتطلب وقتاً طويلاً لاستخراج النتيجة النهائية.

2- تتميز مقاييس الممارسة في الإرشاد الأسري بأنها عملية، حيث يمكن أن توصل المرشد إلى معلومات قد يصعب الوصول إليها في وقت يسير كالوقت الذي يستغرقه تطبيق المقياس، حيث يمكن للمقياس أن يقدم معلومات عن العواطف والأحاسيس والمشاعر وكذلك السلوكيات والرؤى والدوافع الشخصية.

3- تتميز مقاييس الممارسة في الإرشاد الأسري بأنها تكشف عن معلومات حسّاسة يجد العملاء صعوبة في التحدث عنها، خصوصاً خلال المراحل الأولية أو الجلسات الأولية من الإرشاد الأسري.

4 - تتيح مقاييس الإرشاد الأسري فرصة للمقارنة بين إجابات العميل خلال مراحل العلاج، أو بين إجاباته وإجابات أعضاء الأسرة الآخرين.

5 - تمتاز مقاييس الإرشاد الأسري بالحيادية neutral النظرية، ذلك أنها غالباً ما تكون ذات صلة بنظرية ما، في الوقت الذي يمارس الإرشاد الأسري بناء على نظرية علمية. إلاّ أن ذلك لا يعني أن لكل مقياس وجهة نظرية خاصة.

ثانياً/ العيوب:

1 - يعاب على مقاييس الإرشاد الأسري بمحدودية limitation الصدق والثبات. فالمقاييس المقدمة وإن ثبت صدقها وثباتها إلاّ أنها صادقة وثابتة في فترة زمنية ما، لا يعلم إلى متى تدوم، فبيانات الصدق والثبات أخذت من بحث أو أبحاث طبقت على مجموعة من الناس في مدة زمنية معينة.

2 - يعاب على مقاييس الإرشاد الأسري محدودية الصدق والثبات لارتباطها بقضايا الإنسان، الذي يصعب معه الوصول إلى قوانين ثابتة. فالفروق الفردية بين الأفراد يصعب الاعتماد على المقاييس المقننة رصدها، كما أن المشكلات الإنسانية لها أبعاد كثيرة، فحساب الفوارق الدقيقة لاكتئاب الناس مثلاً سيكون صعب، لأن فقرات المقياس ستكون عاجزة عن حصر الجزئيات، ما يعني أن المقياس -في الغالب- يكون محصوراً فلا يلبي حاجة الممارس لرصد أو قياس مشكلة محددة يعاني منها عميل معيّن.

3 - يعاب على مقاييس الإرشاد الأسري احتواؤها على أخطاء errors مثل الخطأ العشوائي والخطأ الإحصائي خلال بناء المقياس مثل البيانات غير الصحيحة أو غير الكافية، أو العينة لم تمثل الواقع، أو تحريف البيانات من قبل المجيبين، أو البيانات الخاطئة بسبب التحيز أو الإهمال. ووجود الخطأ أو الغلط يعرض المقياس للعيب وخصوصاً حينما يعتمد على نتيجة المقياس فقط أثناء الممارسة المباشرة مع العملاء.

4 - يعاب على بعض مقاييس الإرشاد الأسري أنها تحتوي على أسئلة أو فقرات متحيزة كالعبارات الموجهة leading items أو المحمّلة loaded items التي تعمل على تضليل المجيب، أو فقرات مواجهة أو تلك التي تحدث تفاعل reactive فتأتي الإجابة محرفة أو مشوهة distorted أو داعية إلى اختيار إجابة مفضلة اجتماعياً social desirability.

مقياس تقييم الأسرة

صُمِم مقياس تقييم الأسرة (Epstein et al., 1983) لتقييم مدى قيام الأسرة بوظائفها من خلال قياس ستة أبعاد من وظائف الأسرة هي:

1- حل المشكلات
2- التحاور
3- الأدوار
4- الاستجابة العاطفية
5- المشاركة الوجدانية
6- التحكم السلوكي

والمقياس يمكن تطبيقه مع أي عضو من أعضاء الأسرة. أما طريقة الإجابة عن عبارات المقياس تكون على النحو الآتي:

أوافق بشدة = (1) وذلك بأن يطلب من المبحوث وضع رقم واحد أمام العبارة التي يرى أنها تنطبق على أسرته بشكل دقيق .

أوافق = (2) وذلك بأن يطلب من المبحوث وضع رقم اثنين أمام العبارة التي يرى أنها تنطبق على أسرته .

لا أوافق = (3) وذلك بأن يطلب من المبحوث وضع رقم ثلاثة أمام العبارة التي يرى أنها لا تنطبق على أسرته .

لا أوافق بشدة = (4) وذلك بأن يطلب من المبحوث وضع رقم أربعة أمام العبارة التي يرى أنها لا تنطبق على أسرته أبداً .

وعلى هذا يكون المقياس عكسياً حيث تشير الدرجات القليلة إلى وضع صحي فيما يتعلق بأداء الأسرة لوظائفها ، بحيث إذا اختار الباحث رقم (1) أمام العبارة فهذا مؤشر إلى أن الوضع "صحي" أما المبحوث الذي اختار رقم (4) أمام العبارة فوضع أسرته "غير صحي" . وعلى هذا يكون إجمالي الدرجات يتراوح بين (1 - 56) على أن الدرجة العالية تسير إلى وضع صحي فيما يتعلق بأداء الوظائف والعكس غير صحيح .

وينصح في مقدمة المقياس أن يجيب المبحوث بشكل صادق دون صرف كثير من الوقت في التفكير أمام كل عبارة ، مع التأكيد على وضع إجابة (1 - 4) أمام كل عبارة من عبارات المقياس البالغ عددها (56) فقرة .

الرقم	العبارة	الإجابة
1	التخطيط لأعمال الأسرة أمر صعب بسبب أننا غير متفاهمين	
2	نحن نحل مشاكلنا اليومية داخل المنزل	
3	حينما يغضب أحدنا فالآخر يعرف السبب	
4	حينما يطلب أحدنا من الآخر شيئا فلا بد أن يتأكد أنه أدى ما طُلب منه	
5	حينما يكون أحد أفراد الأسرة في مأزق فإن الآخرين يشاركونه	
6	في أوقات الأزمات تلتحم الأسرة للمساعدة	
7	لا نعرف ماذا نعمل على وجه التحديد في أوقات المصائب	
8	في بعض الأحيان نهب معاً لقضاء حوائجنا	
9	لا نتردد في إظهار تعاطفنا مع بعضنا	
10	نتأكد أن كل فرد في الأسرة يؤدي مسؤولياته	
11	لا نستطيع التحدث مع بعضنا حول الأحاسيس المحزنة	
12	في الغالب نتصرف وفقاً للقرارات التي اتخذناها بشأن المشكلات	
13	لا يحصل الاهتمام من قبل الآخر إلاّ حينما يكون الأمر يهمه	
14	لا نستطيع معرفة مشاعر أحد أفراد أسرتنا من مجرد الكلام	
15	مهام الأسرة لا توزع بيننا بالتساوي	
16	كل فرد من أفراد الأسرة راضي عما هو عليه	
17	من السهولة تجاهل أنظمة الأسرة	
18	الجميع يستطيع أن يفعل ما يريد دونما لجوء إلى التلميح	
19	بعضاً من أفراد الأسرة لا يتجاوبون معنا عاطفياً	
20	نعرف ماذا نفعل في أوقات المصائب	
21	نتجنب مناقشة مخاوفنا واهتماماتنا	
22	من الصعب التحدث مع بعضنا البعض حول جوانب حساسة من مشاعرنا	
23	من الصعب علينا إنجاز متطلباتنا	
24	بعد محاولاتنا لحل مشكلة ما لا نتناقش عادة هل انحلت المشكلة أم لا	
25	التمركز حول الذات سمة من سمات عائلتنا	
26	نستطيع إظهار مشاعرنا تجاه بعضنا	
27	لا نظهر حبنا لبعضنا البعض	

28	نتحدث إلى الآخرين بشكل مباشر دون استخدام طريقة الحديث الخاص	
29	كل منا لديه واجبات ومسؤوليات محددة ومعروفة	
30	هناك الكثير من المشاعر السيئة لدى الأسرة	
31	لا نلتف حول بعضنا إلاّ حينما يكون هناك أشياء تستدعي الاهتمام	
32	في عائلتنا ليس هناك إلا الوقت اليسير لاكتشاف الاهتمامات الشخصية	
33	في الغالب لا نقول ما نقصده	
34	لدينا شعور بالرضا إزاء ما نحن عليه	
35	لا نعطي اهتماما لبعضنا إلاّ حينما يكون هناك عائداً شخصياً وراء ذلك	
36	نتعامل مع غالبية مشاعر الغضب التي تظهر	
37	الملاطفة تأخذ مكاناً ثانوياً في الأسرة	
38	نتناقش حول من يقوم بوظائف رب الأسرة	
39	اتخاذ القرارات عملية صعبة في الأسرة	
40	نصارح بعضنا بشكل واضح	
41	في عائلتنا ليس هناك قواعد أو قوانين	
42	حينما نكلف أحدنا بعمل شيء فلا بد من تذكيره	
43	نستطيع أن نتخذ قرارات حول حل المشكلات	
44	حينما يخالف أحدنا الأنظمة فلا نعرف ما الذي يجب ان نعمله	
45	في عائلتنا كل شيء يمكن أن يعمل	
46	نظهر ملاطفتنا أمام بعضنا	
47	نواجه المشكلات المتعلقة بالمشاعر	
48	ليس هناك تآلف بيننا	
49	لا نتكلم مع بعضنا حينما نغضب	
50	لسنا راضين بشكل عام حول الواجبات الأسرية المقرة	
51	على الرغم من مقاصدنا الشريفة إلاّ أننا نتدخل في الحياة الخاصة لبعضنا	
52	لدينا قواعد خاصة بالمواقف الخطرة	
53	هناك ثقة متبادلة بيننا	
54	نحن نتذمر بشكل مكشوف	
55	حينما لا يعجبنا عمل أحدنا فإننا نخبره بذلك	
56	نحاول التفكير في طرق أخرى لحل المشكلات	

مقياس تحمل الأسرة للمصاعب

يتكون مقياس تحمل الأسرة للمصاعب (McCubbin and Thompson,1991) من (20) فقرة لقياس شدة تحمل الأسرة مصاعب وضغوطات الحياة . ويتكون المقياس من أربعة أقسام هي : "الإنجاز - الثقة - التحدي - السيطرة" .

تكون طريقة الإجابة على المقياس على النحو التالي :

0 = غير صحيح على الإطلاق ، 1 = غير صحيح إلى حد ما

2 = صحيح إلى حد ما ، 3 = صحيح تماماً

مع إضافة خانة خامسة يمكن للمبحوث أن يختارها حينما تكون العبارة لا يمكن أن توجد .

أما حساب درجات المقياس فتحسب بعد عكس نتائج تسعة فقرات هي (1 - 2 - 3 - 8 -10 - 14 - 16 - 19 - 20) ، بعد ذلك يجمع حاصل النقاط الكلي بحيث تشير الدرجة العالية للنتيجة النهائية للمقياس إلى مستوى عالٍ من تحمل المصاعب .

الرقم	العبارة	0	1	2	3	4
1	مشكلات أسرتنا سببها أخطاؤنا					
2	أسرتي ترى بأنه ليس من المناسب أن نخطط للمستقبل أملاً في أن لا					
3	شيء سيفقد					
4	في أسرتي ليس هناك تقدير للجهود والأعمال التي تؤدى حتى وإن كانت عظيمة					
	على المدى الطويل تتوازن الأشياء السيئة التي حدثت لنا مع الأشياء الحسنة					
	نشعر بالقوة كأسرة واحدة حينما نواجه مشكلة كبيرة					
	في كثير من الأحيان أثق بأن المصاعب ستحل					
	رغم أننا لا نتفق كثيراً مع بعضنا البعض إلاّ أننا نساعد بعضنا كأسرة واحدة					
	نصاب بالإعياء حينما تحل بنا مشكلة جديدة					
	لدينا اعتقاد بأن الأوضاع ستتحسن متى تعاونا مع بعضنا كأسرة					
	الحياة تبدو لنا فاترة وليست ذات معنى					
	نحن نناضل ونساعد بعضنا في كل الأحوال					
	حينما نخطط لعمل أنشطة ما نحاول البحث عن أشياء ممتعة					
	نحن نستمع إلى مشاكل وآلام ومخاوف بعضنا					
	نحن نكرر أعمالنا وأشياءنا دونما تجديد وبشكل ممل ورتيب					
	نحن نشجع بعضنا على خوض التجارب الجديدة					
	نفضل البقاء في المنزل بدلاً من الخروج لإنجاز أشياء أو لقاء آخرين					
	هناك تشجيع على النشاط وتعلم أشياء جديدة					
	نحن نعمل مع بعضنا البعض لحل المشكلات					
	معظم الأشياء غير السارة التي حدثت لنا سببها سوء الحظ					
	نحن ندرك بأن حياتنا مقيدة بالصدف والحظ					
	مقياس تماسك الأسرة					

مقياس تماسك الأسرة

يتكون مقياس تماسك الأسرة (McCubbin et al., 1996) من أربع فقرات فقط تقيس مستوى الترابط والتلاحم الأسري، سواء لمواجهة صعوبات الحياة أو للتكيف مع الحوادث أو الكوارث غير المتوقعة. وتكون طريقة الإجابة على المقياس على النحو التالي:

0 = لا أوافق أبداً   1 = لا أوافق   2 = محايد

3 = أوافق   4 = أوافق بشدة

على أن الدرجة العالية تعكس مستوى عال من التماسك الأسري لمجموع درجات المقياس التي هي (16 درجة).

الرقم	العبارة	0	1	2	3	4
1	أتقبل ضغوطات الحياة على أنها جزء من الواقع المعاش					
2	أتقبل المشاكل التي تحدث بشكل غير متوقع					
3	أنظر إلى مشكلات الأسرة بإيجابية وهو ما يجنبنا الإحباط					
4	نؤمن بالقضاء والقدر					

مقياس مستوى تنظيم الأسرة

يتكون مقياس مستوى تنظيم الأسرة (Fischer et al., 1992) من (13) فقرة تعكس وجهة نظر المبحوث حول مستوى التنظيم لدى أسرته. بُني المقياس ليعكس أربعة جوانب من التنظيم هي: التلاحم الأسري، المشاركة الأسرية، توفر قائد للأسرة محدد ومعروف، توفر أنظمة وقوانين أسرية محددة ومعروفة.

طريقة الإجابة عن المقياس تكون على النحو التالي:

1 = لا أوافق أبداً   2 = لا أوافق   3 = لا أوافق إلى حد ما

4 = أوافق إلى حد ما   5 = أوافق   6 = أوافق بشدة

حيث يطلب من المبحوث وضع أحد الأرقام السابقة في خانة الإجابة بحيث يمثل الرقم وجهة نظر الأسرة وليس وجهة نظر المجيب، على أن يكون ذلك في الوقت الراهن وليس في الماضي. أما طريقة حساب الدرجات فتكون بعد عكس درجات ثلاث عبارات هي (2 - 4 - 9) بحيث تكون على النحو التالي (1 = 6) (2 = 5) (3 = 4) والعكس صحيح. وفي النهاية يكون حاصل جمع درجات المقياس يتراوح بين (13 - 78) درجة.

الرقم	العبارة	الدرجة
1	يقضي أعضاء الأسرة أوقات الفراغ مع بعضهم	
2	من الصعوبة معرفة أنظمة أسرتنا لأنها تتغير	
3	من السهولة معرفة من هو القائد في أسرتنا	
4	ليس من المعلوم ما الذي يمكن أن يحدث حينما تخالف الأنظمة في أسرتنا	
5	من الواضح معرفة ما هو الأفضل لأعضاء أسرتنا	
6	اجتماع الأسرة من الأشياء المهمة لدينا	
7	في عائلتنا كل شخص يعرف الأشياء التي يتوقعها الآخرون منه	
8	من السهل معرفة من هو الشخص الذي يتخذ القرارات في أسرتنا	
9	أعضاء أسرتنا ليسوا متحدين مع بعضهم	
10	في أسرتنا هناك توافق في الأفكار والمشاعر	
11	أعضاء أسرتنا يتشاركون في صداقتهم من خارج الأسرة	
12	هناك حميمية وتقارب بين أعضاء أسرتنا	
13	حينما تجتمع أسرتنا لمناسبة أو عمل ما فعادة يكون الجميع حاضر	

مقياس تعاطف الأسرة مع بعضها

يحتوي مقياس تعاطف الأسرة مع بعضها (Shields et al., 1992) على (14) فقرة مقسمة بين المشاركة العاطفية بين أعضاء الأسرة وتقبل النقد الأسري. أما طريقة التعامل مع تحليل المقياس فإن عبارة (2) و (8) تعكس عند التحليل لتتماشى مع باقي الفقرات المخصصة للنقد الأسري. المشاركة العاطفية تختص فيها الفقرات ذوات الأرقام الفردية، في حين أن الرؤية الذاتية تجاه النقد خصصت لها العبارات ذوات الأرقام الزوجية.

تحسب نتيجة المقياس بعد حاصل مجموع الدرجات ثم قسمته على (7) حيث أن الدرجة العالية تعكس مستوى عال من المشاركة العاطفية والنقد لدى أسرة الشخص المبحوث .

في ورقة المقياس ينصح بالتأكيد على أن يقوم المبحوث بالإجابة على العبارات بما يعكس خبرته مع أسرته في الوقت الراهن .

الرقم	العبارة	في الغالب لا يحدث	يحدث مرة في كل حين	يحدث في بعض الأحيان	يحدث غالباً	يحدث بشكل دائم
1	أنزعج حينما ينزعج أي شخص من أفراد أسرتي					
2	أسرتي توافق على كل ما أعمله					
3	أسرتي تعرف ما هو شعوري في كثير من الأحيان					
4	أسرتي تعيّب عليّ أصدقائي					
5	أعضاء أسرتي يمنحونني نقوداً حينما أحتاجها					
6	أسرتي تتذمر بسبب الطريقة التي أصرف فيها نقودي					
7	أسرتي تعرف ما الذي أفكر فيه قبل أن أتكلم					
8	أسرتي توافق على اختياري لأصدقائي					
9	في الغالب أستطيع معرفة ما الذي يفكر فيه أعضاء أسرتي قبل أن يتكلموا					
10	أسرتي تتذمر بسبب طريقتي في اللعب					
11	متى أكون منزعجاً يكون أعضاء أسرتي منزعجون كذلك					
12	أسرتي دائما تحاول تغيير طريقتي في العيش					
13	حينما أعجز عن بلوغ شيء ما فإن أسرتي تساعدني					
14	يجب علي الحذر حينما أشرع في عمل ما لأن الفشل سيعرضني للسخرية من قبل أسرتي					

مقياس كفاءة الأسرة

يتكون مقياس كفاءة الأسرة (Greent al., 1985) من (14) عبارة صممت لقياس كفاءة الأسرة على الأداء الأمثل لوظائف الأسرة التي يمكن تمييزها من خلال الآتي :

أ) بناء الأسرة . ب) رؤية الأسرة لنفسها .

ج) المناقشات ذات الهدف المباشر . د) الاستقلالية لدى أعضاء الأسرة .

هـ) أسلوب التعبير الأسري .

يمكن تطبيق المقياس مع جميع أعضاء الأسرة القادرين على قراءة العبارات وفهم معانيها . أما طريقة الإجابة على العبارات فتكون على النحو التالي :

فقرة رقم (1) و (2) تحتوي كل منها على خمس عبارات ، حيث يطلب من المبحوث اختيار عبارة واحدة فقط من كل فقرة بحيث تشرح وضعه الأسري بشكل دقيق وأكثر من أي عبارة أخرى ، ثم إعطاؤها وزناً يتراوح بين (1 - 5) . أما الفقرات الباقية (3 - 14) فيطلب من المبحوث وضع دائرة على الرقم المناسب (1 - 9) للسؤال المطروح ، علماً أن فقرات المقياس صيغت بشكل عكسي . وعلى هذا يكون مجموع درجات القياس كاملاً يتراوح بين (14 - 118) درجة ، بحيث تشير الدرجة العالية لنتيجة المقياس إلى مستوى عال من كفاءة الأسرة .

القسم الأول

1

أ) ـــــ لا يوجد في أسرتنا شخص قوي لكي يكون قائداً للأسرة

ب) ـــــ في أسرتنا هناك قائد قوي ، ولكنه دائماً يضع قوانين ويفرض السيطرة

ج) ـــــ رغم أن في أسرتنا قائد قوي ، نحن نتناقش فيما بيننا

د) ـــــ أسرتنا تتناقش بشكل مستمر ولكن هناك شخص واحد هو دائماً المتحكم

هـ) ـــــ القيادة في أسرتنا دائما مشتركة بين كبار السن وبناءا على الموقف

2

أ) ـــــ في أسرتنا يبدو أحد الوالدين وطفل في شكل متحد ضد أعضاء الأسرة الآخرين

ب) ـــــ في أسرتنا دائماً يكون أحد الوالدين وطفل متحدين ضد أعضاء الأسرة الآخرين

ج) ـــــ في أسرتنا كبار السن دائماً يقفون مع بعضهم

د) ـــــ في أسرتنا كبار السن دائماً يظهرون أنهم متحدون ضد الآخرين

هـ) ـــــ في أسرتنا دائماً يكون هناك فريق متحد قوي من كبار السن

القسم الثاني

3 إلى أي مدى يكون صعباً على شخص من خارج الأسرة اكتشاف العضو الذي يملك القوة من بين أعضاء الأسرة؟

صعب جداً ________________ سهل جداً

1 2 3 4 5 6 7 8 9

4 ما مدي جودة حكم أحد أعضاء الأسرة على سلوكيات الأعضاء الآخرين؟

جيد جداً ________________ رديء جداً

1 2 3 4 5 6 7 8 9

5 ما مدي براعة أسرتك في التعامل مع المشكلات وحلها؟

جيد جداً ________________ رديء جداً

1 2 3 4 5 6 7 8 9

6 إلى أي مدى يكون أعضاء أسرتك واضحين مع بعضهم البعض فيما يتعلق بالأفكار والأحاسيس؟

واضح جداً ________________ غير واضح

1 2 3 4 5 6 7 8 9

7 ما نسبة اعتراف أعضاء الأسرة بمسئوليتهم تجاه سلوكياتهم الماضية والحاضرة؟

دائماً ________________ أبداً

1 2 3 4 5 6 7 8 9

8 ما نسبة تكرار حدوث قراءة أعضاء الأسرة لأفكار الأعضاء الآخرين؟

دائماً ________________ أبداً

1 2 3 4 5 6 7 8 9

9 ما نسبة تكرار انفتاح أعضاء الأسرة واستماعهم لما يبديه الأعضاء الآخرين؟

دائماً أبداً

1 2 3 4 5 6 7 8 9

10 ما نسبة تكرار تبادل الأحاسيس والمشاعر بين أعضاء الأسرة؟

دائماً ________________ أبداً

1 2 3 4 5 6 7 8 9

11 ما مستوى تفاؤلك تجاه أسرتك من حيث التفاعل والتلاحم ودفء المشاعر؟

متفائل ________________ متشائم

1 2 3 4 5 6 7 8 9

12 ما مدى كثرة الخلافات في أسرتك؟

دائماً ________________ أبداً

1 2 3 4 5 6 7 8 9

13 ما كثرة تفهم أعضاء الأسرة لمشاعر وأحاسيس الأعضاء الآخرين؟

دائماً ________________ أبداً

1 2 3 4 5 6 7 8 9

14 كم عدد المشكلات العاطفية لدى أسرتك مقارنة بما لدى الأسر الأخرى؟

كثيره جداً ________________ قليلة جداً

1 2 3 4 5 6 7 8 9

مقياس مستوى الحوار الأسري

يتكون مقياس مستوى الحوار الأسري (McCubbin et al., 1996) من عشر فقرات صممت لتكشف طريقة تحاور الأسرة، سواء الطريقة الإيجابية في الحوار وهي الفقرات ذوات الأرقام الزوجية، أو السلبية وقد خصصت لها الفقرات ذوات الأرقام الفردية.

هناك طريقتان لحساب درجات المقياس، وللحصول على درجة المقياس النهائية لا بد من عكس إجابات الفقرات التالية (1 - 5 - 7) ثم جمع درجات جميع فقرات القياس. وللحصول على درجة القياس وفقاً لطريقتي الحوار التي يكتشفها المقياس (الإيجابية والسلبية) تعكس فقرتين من فقرات الجانب السلبي وهما (3 و 9) ثم تجمع درجات الجانب السلبي (الفقرات ذوات الأرقام الفردية) على حدة، ثم تجمع درجات الجانب الإيجابي (الفقرات ذوات الأرقام الزوجية) على حدة، وهو ما يتيح فرصة لعمل مقارنة بين الجانبين.

الرقم	حينما يكون هناك نزاع أو مشكلة بين أفراد أسرتي أستطيع أن أصف وضعنا الأسري على النحو التالي :	كاذبة	كاذبة إلى حد ما	صادقة إلى حد ما	صادقة
1	نحن نتشاجر ونصرخ في وجه بعضنا	0	1	2	3
2	نحن نحترم مشاعر بعضنا	0	1	2	3
3	نحن نتحاور حتى نصل إلى حل	0	1	2	3
4	نحن نتأكد بأن أفراد أسرتنا لا يصيبهم أذى بدني أو حتى عاطفي	0	1	2	3
5	نحن نتصرف بعد شجاراتنا دون الوصول إلى حال الرضا	0	1	2	3
6	نحن نتشارك في تبادل العناية والاهتمام	0	1	2	3
7	نحن نضخم المشكلات من خلال التشاجر وعرض المشكلات	0	1	2	3
8	نحن نمنح الوقت اللازم لسماع وتبادل آراء ومشاعر بعضنا	0	1	2	3
9	نحن نسعى لأن نكون هادئين في أحاديثنا وتعاملنا مع بعضنا	0	1	2	3
10	نحن نغضب لكننا نحاول ونسعى لإنهاء خلافاتنا بإيجابية	0	1	2	3

مقياس الرضا عن الحياة الأسرية

يتكون مقياس الرضا عن الحياة الأسرية (Schumm et al., 1986) من أربع فقرات صيغت لتقيس رضا أعضاء الأسرة عن علاقاتهم، سواء علاقة الزوجين أو علاقة الوالدين بالأطفال، أو علاقة الأخوة بالأخوات. يمكن استخدام المقياس مع الأسر التي لديها أب وأم، ويفضل أن يكون لديهم طفلان على الأقل. ويعتبر مقياس الرضا عن الحياة الأسرية من المقاييس المقننة وسهلة الاستخدام، إذ يستغرق تطبيقه قرابة الثلاث دقائق.

أما طريقة الإجابة فيطلب من المجيب اختيار الإجابة التي تعكس المستوى المناسب لرضاه عن حياته العائلية، بحيث يكون مستوى الرضا مبنياً على اختيار واحد فقط من الأوزان التالية:

1- غير راضٍ أبداً 2- غير راضٍ 3- غير راضٍ إلى حد ما

4- وسط "محايد" 5- راضٍ إلى حد ما 6- راضٍ

7- راضٍ بشكل تام

والطريقة المثلى لحساب درجة المقياس تكون حاصل جمع جميع درجات الفقرات الأربع، على أن الدرجة النهائية تتراوح بين (4 - 28 درجة)، بحيث تعكس الدرجة العالية مستوى عالٍ من الرضا عن الحياة الأسرية.

أولاً / نسخة الأب والأم

الرقم	السؤال	الإجابة
1	كيف رضاك عن أسرتك؟	
2	كيف رضاك عن علاقتك مع زوجك / زوجتك؟	
3	كيف رضاك عن علاقتك مع طفلك / أطفالك؟	
4	كيف رضاك عن علاقة طفلك / طفلتك مع أخيه / أخته / أخيها / أختها؟ (يجاب عن هذا السؤال حينما يكون هناك أكثر من طفل)	

ثانياً / نسخة الأبناء

الرقم	السؤال	الإجابة
1	كيف رضاك عن أسرتك؟	
2	كيف رضاك عن علاقة والديك مع بعضهما؟	
3	كيف رضاك عن علاقتك مع والديك؟	
4	كيف رضاك عن علاقتك مع أخوتك و أخواتك؟ (يجاب على هذا السؤال حينما يكون هناك أخوة وأخوات)	

مقياس السعادة الزوجية

صمم مقياس السعادة الزوجية (Azrin et al., 1973) لقياس عشرة جوانب مهمة في حياة الأزواج ، وهو من المقاييس المهمة في مجال إرشاد الأزواج . ومن المفترض إعطاء اهتمام خاص للجوانب العشرة بشكل منفرد (تربية الأبناء ، الأنشطة الاجتماعية ، المادة ، التحاور والمناقشة ، ممارسة الجنس ، الوضع الأكاديمي أو الوظيفي ، الاستقلال الشخصي ، استقلال الزوجين ، السعادة في شكلها العام) ، في الوقت الذي يمكن فيه تحليل الجوانب العشرة معاً لقياس السعادة الزوجية بشكل عام .

في مقدمة المقياس لا بد من توضيح بعض النقاط المهمة للمجيب ، مثل طريقة الإجابة التي تتمثل في قراءة الجوانب العشرة بعناية ، ثم وضع دائرة على الرقم (1 - 10) الذي يعكس مستوى السعادة للجانب المرصود ، بحيث تعتمد الإجابة على الوقت الراهن دونما نظر إلى أحداث الماضي ، كما ينصح المجيب بتناول الجوانب العشرة بشكل مستقل بحيث لا تؤثر إجابة أحدهما على الآخر .

أما تحليل نتائج المقياس فهناك طريقتان . الأولى تمثل تحليل الجوانب العشرة بشكل منفرد لمعرفة مستوى السعادة في كل جانب على حدة ، بحيث تتراوح الدرجة من (1 - 10) درجات . أما الطريقة الثانية فتعتمد على تجميع درجات الجوانب العشرة معاً ، بحيث يعكس حاصل جمع الدرجات الذي يفترض أن يتراوح بين (10 - 100 درجة) مستوى السعادة الزوجية بشكل عام . وعلى كلا الحالتين يمكن أخذ نتيجة

المجيب بشكل منفرد حسبما تشير إليه الإجابات كما يمكن مقارنتها مع إجابة الطرف الآخر (الزوج / الزوجة).

مسؤوليات رب الأسرة										
	عدم السعادة مطلقاً									السعادة التامة
تربية الأطفال	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
الأنشطة الاجتماعية	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
المادة (الفلوس)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
التحاور والمناقشة	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
الجنس	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
الوضع الأكاديمي أو الوظيفي	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
الاستقلال الشخصي	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
الاستقلال كزوجين	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
السعادة بشكل عام	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

مقياس العلاقات الأسرية

يتكون مقياس العلاقات الأسرية (Hudson, 1997) من (25) فقرة صممت لتقيس مستوى المشكلات الأسرية وقوة العلاقات بين أعضاء الأسرة. يمكن تطبيق المقياس مع أي عضو من أعضاء الأسرة وربما أكثر من عضو، إلاّ أنه لا ينصح بتطبيقه مع الأطفال دون 12 سنة.

يطلب من المجيب قراءة العبارات بترو ثم وضع أحد الأرقام التالية في خانة الإجابة، وذلك أمام العبارة التي تعكس رؤيته تجاه أعضاء أسرته، مع التأكيد على أنه لا يوجد هناك إجابة صحيحة أو إجابة خاطئة. والإجابات المتاحة هي:

1- لا يحصل أبداً

2- من النادر جداً

3- في أحيان قليلة

4- في بعض الأحيان

5- في بعض الأحيان الكثيرة

6- في أغلب الأحيان

7- في جميع الأوقات

أما طريقة حساب درجة المقياس فهي معقدة بعض الشيء، إذ تأخذ الخطوات التالية :

1- عكس إجابات الفقرات التالية : (1- 2 - 4 - 5 - 8 - 14 - 15 - 17 - 18 - 20 - 21 - 23).

2- جمع درجات المقياس .

3- طرح منها عدد الفقرات المجاب عنها (أي 25 حينما يكون المجيب أو المبحوث قد أجاب على جميع الفقرات ولم يترك فقرة دون إجابة) .

4- ضرب ناتج الخطوة السابقة في العدد (100 درجة) .

5- تقسيم الناتج على عدد الفقرات المجاب عليها بتكرار (6) أي (x6) .

والنتيجة النهائية ستتراوح بين (صفر - 100) بحيث تشير الدرجة العالية إلى مستوى عال من المشكلات أو صرامة وخطورة في المشكلات . كما أن هناك حدين للمقياس هما :

أ) - (30 درجة) . فحينما تكون الدرجة النهائية للمقياس أقل من (30) فهذا يعني أن المشكلات ليست خطيرة .

ب) - (70 درجة) . فحينما تكون الدرجة النهائية للمقياس (70) درجة أو أكثر فهذا يعني أن المشكلات خطيرة وحادة، وربما يكون هناك عنف أو اعتداءات .

الرقم	العبارة	الإجابة
1	أعضاء أسرتي يولون اهتماماً ببعض	
2	أرى أن أسرتي رائعة	
3	أسرتي تضعني في حالة من عصبية المزاج	
4	أنا فعلاً أستمتع مع أسرتي	
5	أنا حقاً أستطيع الاعتماد على أسرتي	
6	لست مهتماً لأن أكون بجوار أسرتي أو قريب من أسرتي	
7	أتمنى لو أنتمي لغير هذه الأسرة	
8	أنا أشعر بأنني قريب ومتلائم مع أسرتي	
9	أعضاء أسرتي يتشاجرون بشكل دائم	
10	ليس هناك إحساس بالتقارب بين أعضاء أسرتي	
11	أشعر بأنني غريب بين أعضاء أسرتي	
12	أسرتي لا تفهمني	
13	هناك كره وضغينة كثيرة بين أفراد أسرتي	
14	أعضاء أسرتي يتعاملون بشكل جيد فيما بينهم	
15	أسرتي محترمة في أوساط أقاربنا ومعارفنا	
16	هناك الكثير من الخلافات بين أعضاء أسرتي	
17	هناك الكثير من الحب بين أعضاء أسرتي	
18	هناك تفاهم وتقارب بين أعضاء أسرتي	
19	الحياة داخل أسرتي ليست ممتعة بشكل عام	
20	أنا أشعر بالفرح والسعادة مع أسرتي	
21	أشعر بالفخر بأسرتي	
22	يبدو أن الأسر الأخرى متفاهمة أكثر مما نحن عليه	
23	أشعر بالارتياح حينما أكون مع أفراد أسرتي	
24	أشعر بعدم الانتماء لأسرتي	
25	أسرتي غير سعيدة كأسرة واحدة	

مقياس العلاقة بين الأخوة والأخوات

يتكون مقياس العلاقة بين الأخوة والأخوات (Hudson, 1997) من نسختين متشابهتين، نسخة خاصة بالذكور ونسخة خاصة بالإناث، وكل نسخة تحتوي على (25) فقرة صممت لتقيس حجم المشكلات الأسرية، وتحديداً في العلاقة بين الأخوة والأخوات. وقد بني المقياس بشكل مبسط بحيث يمكن أن يجيب عنه الأطفال، إلا أنه ينصح بعدم تطبيقه مع من هم دون 12 سنة.

ولتسهيل الإجابة عن عبارات المقياس يطلب من الأخ أو الأخت قراءة العبارات بترو ، ثم إعطاء إجابة تتمثل في أحد الأرقام التالية :

1 - لا يحصل أبداً

2- من النادر جداً

3 - في الأحيان القليلة

4 - في بعض الأحيان

5 - في بعض الأحيان الكثيرة

6 - في أغلب الأحيان

7 - في جميع الأوقات

على أن يطلب من المجيب تحري الدقة بحيث تعكس رؤيته تجاه أخيه/ أخيها أو أخته/ أختها . مع التأكيد على أنه لا يوجد هناك إجابة صحيحة أو إجابة خاطئة . أما طريقة حساب درجة المقياس فهي معقدة بعض الشيء ، إذ تأخذ الإجراءات التالية (ترتيباً) :

1- عكس إجابات الفقرات التالية (1 - 4 - 5 - 7 - 9 - 11 - 12 - 15 - 18 - 21 - 25) .

2- جمع درجات المقياس .

3- طرح منها عدد الفقرات المجاب عنها (أي 25 حينما يكون المجيب أو المبحوث قد أجاب عن جميع الفقرات) .

4- ضرب ناتج الخطوة السابقة بالعدد (100 درجة) .

5- تقسيم الناتج على عدد الفقرات المجاب عنها بتكرار (6) أي (x6) .

والنتيجة النهائية ستتراوح بين (صفر - 100) بحيث تشير الدرجة العالية إلى مستوى عال من المشكلات أو صرامة وخطورة في المشكلات . كما أن هناك حدين للمقياس هما :

أ) - (30 درجة) . فحينما تكون الدرجة النهائية للمقياس أقل من (30) فهذا يعني أن المشكلات ليست خطيرة .

ب) - (70 درجة) . فحينما تكون الدرجة النهائية للمقياس (70) درجة أو أكثر فـهـذا يعني أن المـشكلات خطيـرة وحـادة ، وربمـا يكون هناك عنف أو اعتداءات .

أولاً / النسخة الخاصة بالعلاقة مع الأخوة

الرقم	العبارة	الإجابة
1	هناك تقارب وتآلف بيني وبين أخي	
2	أخي يتصرف وكأنه لا يهمه شأني	
3	أخي يتعامل معي بشكل سيء	
4	يظهر على أخي احترامه لي بشكل واضح	
5	استطيع أن أثق في أخي	
6	يظهر على أخي بأنه لا يحبني	
7	أخي يفهمني بشكل واضح	
8	يظهر على أخي بأنه يحبني بشكل كبير	
9	أنا وأخي متقاربان ومتآلفان بشكل كبير	
10	أنا أكره أخي	
11	يظهر على أخي بأنه يفضل قربي وتآلفي معه	
12	أنا حقاً أحب أخي	
13	أشعر بأن أخي يكرهني	
14	أتمنى لو أن لدي غير هذا الأخ	
15	أخي لطيف جداً معي	
16	يظهر على أخي بأنه يحترمني	
17	يعتقد أخي بأنني شخص مهم بالنسبة له	
18	أستمتع بالأوقات التي أقضيها مع أخي	
19	يظهر على أخي بأنه يتناساني	
20	أتمنى موت أخي	
21	أخي يهتم بمرئياتي وأفكاري بشكل كبير	
22	أخي "أحمق" بكل ما تحمله هذه الكلمة من معنى	
23	لا أستطيع الاستمرار مع أخي	
24	أخي يزدريني ويحتقرني	
25	استمتع بالجلوس مع أخي	

ثانياً / النسخة الخاصة بالعلاقة مع الأخوات

الرقم	العبارة	الإجابة
1	هناك تقارب وتآلف بيني وبين أختي	
2	أختي تتصرف وكأنها لا يهمها شأني	
3	أختي تتعامل معي بشكل سيء	
4	يظهر على أختي احترامها لي بشكل واضح	
5	أستطيع أن أثق في أختي	
6	يظهر على أختي بأنها لا تحبني	
7	أختي تفهمني بشكل واضح	
8	يظهر على أختي بأنها تحبني بشكل كبير	
9	أنا وأختي متقاربتان ومتآلفتان بشكل كبير	
10	أنا أكره أختي	
11	يظهر على أختي بأنها تفضل قربي وتألفي معها	
12	أنا حقاً أحب أختي	
13	أشعر بأن أختي تكرهني	
14	أتمنى لو أن لدي غير هذه الأخت	
15	أختي لطيفة جداً معي	
16	يظهر على أختي بأنها تحترمني	
17	تعتقد أختي بأنني شخص مهم بالنسبة لها	
18	أستمتع بالأوقات التي أقضيها مع أختي	
19	يظهر على أختي بأنها تتناساني	
20	أتمنى موت أختي	
21	أختي تهتم بمرئياتي وأفكاري بشكل كبير	
22	أختي "حمقاء" بكل ما تحمله هذه الكلمة من معنى	
23	لا أستطيع الاستمرار مع أختي	
24	أختي تزدريني وتحتقرني	
25	استمتع بالجلوس مع أختي	

مقياس رضا الوالدين

يتكون مقياس رضا الوالدين (James et al., 1985) من ثلاث فقرات بنيت خصيصاً لتقيس رضا أحد الوالدين عن نفسه وعن أطفاله وعلاقته بهم. والإجابة عن

فقرات المقياس لا تستغرق إلاّ دقائق قليلة ، إذ يطلب من المجيب (أحد الوالدين) اختيار الإجابة التي تعكس المستوى المناسب لرضاه عن نفسه وعن أطفاله والعلاقة معهم ، على أن يكون مستوى الرضا مبنياً على اختيار واحد فقط من الأوزان التالية :

1- غير راض أبداً

2- غير راض

3- غير راض إلى حد ما

4- وسط "محايد"

5- راض إلى حد ما

6- راض

7- راض بشكل تام

والطريقة المثلى لحساب درجة المقياس النهائية تكون بعد حاصل جمع درجات فقرات المقياس الثلاث ، بحيث تعكس الدرجة العالية مستوى عال من الرضا ، علماً بأن الدرجة النهائية للمقياس تتراوح بين (3 - 21 درجة) .

الرقم	السؤال	الإجابة
1	كيف رضاك عن سلوك أطفالك؟	
2	كيف رضاك عن نفسك كأب/ كأم؟	
3	كيف رضاك عن علاقتك مع أطفالك؟	

مقياس كفاءة الوالدين في التربية

يتكون مقياس كفاءة الوالدين في تربية الأبناء (Buri, 1989) من (24) عبارة صيغت لتقيس كفاءة الوالدين في التربية ، وذلك من وجهة نظر الطفل دونما تحديد لسن الطفل . ورغم أن المقياس يأخذ رأي الأطفال إلاّ أنه من الأدوات المهمة في الإرشاد الأسري لتركيزه على الجانب التربوي للأطفال ، وما يتعلق به من احترام الذات لدى الأطفال ، وأهميته خلال مراحل التنشئة .

والإجابة على المقياس تتطلب من المجيب أن يقرأ العبارات بشكل متسلسل، مع التفكير في مدى تطابقها على طريقة الأم/ الأب في التربية خلال سنوات العمر الماضية، مع التأكيد على أنه ليس هناك إجابة صحيحة أو خاطئة، ما يعني عدم صرف أكثر من الوقت المتوقع لكل عبارة. كما يطلب من المجيب وضع أحد الأوزان الخمسة التالية في خانة الإجابة :

1 - لا أوفق أبداً

2 - لا أوافق

3- محايد

4- أوافق

5 - أوافق بشدة

أما حساب الدرجة النهائية فتكون بعد عكس العبارات السالبة التي هي : (1 - 3 - 7 - 8 - 11 - 13 - 14 - 16 - 18 - 19 - 21 - 24)، وبذلك تشير الدرجة العالية من المقياس إلى مستوى عال من الكفاءة في التربية .

أولاً / نسخة كفاءة الأم

الرقم	العبارة	الإجابة
1	أمي نادراً ما تقول لي كلاماً طيباً	
2	أنا إنسان مهم بالنسبة لأمي	
3	أمي في الغالب تتصرف وكأنها لا تهتم بي	
4	أمي تستمتع بقضاء وقتها معي	
5	أمي تظهر حبها وحنانها لي	
6	من السهل علي التحدث إلى أمي	
7	أشعر بالتوتر حينما أكون مع أمي	
8	أشعر أن أمي تجد فيَّ عيوباً كثيرة أكثر مما أستحق	
9	أمي تهتم بشؤوني بشكل واضح	
10	أشعر بأني قريب جداً من أمي	
11	أمي لا تفهمني	
12	أمي تثق فيَّ	
13	لا أشعر أن أمي تستمتع حينما تكون معي	
14	أمي لا تعرف شخصيتي بشكل واضح	
15	أمي إنسانة رقيقة وحنونة	
16	أمي لا تشعر بأنني إنسان ممتع	
17	أمي تحبذ الأشياء التي أهتم بها	
18	أمي دائماً تنتقدني وفي كل شيء	
19	من النادر أن تظهر أمي أي تعاطف تجاهي	
20	أمي تنصحني وتساعدني حينما أكون غير سعيد أو في مأزق	
21	أشعر بأن أمي بعيدة عني حتى وإن كانت جواري	
22	أمي تقدم لي الكثير من التحفيز	
23	أمي عاطفية ومتفهمة بشكل كبير	
24	أمي لا تهتم كثيراً بما يحدث لي	

ثانياً / نسخة كفاءة الأب

	العبارة	الإجابة
	أبي نادراً ما يقول لي كلاماً طيباً	
	أنا إنسان مهم بالنسبة لأبي	
	أبي في الغالب يتصرف وكأنه لا يهتم بي	
	أبي يستمتع بقضاء وقته معي	
	أبي يظهر حبه وحنانه لي	
	من السهل علي التحدث إلى أبي	
	أشعر بالتوتر حينما أكون مع أبي	
	أشعر أن أبي يجد فيَّ عيوباً كثيرة أكثر مما أستحق	
	أبي يهتم بشؤوني بشكل واضح	
	أشعر بأني قريب جداً من أبي	
	أبي لا يفهمني	
	أبي يثق فيَّ	
	لا أشعر أن أبي يستمتع حينما يكون معي	
	أبي لا يعرف شخصيتي بشكل واضح	
	أبي إنسان رقيق وحنون	
	أبي لا يشعر بأنني إنسان ممتع	
	أبي يحبذ الأشياء التي أهتم بها	
	أبي دائماً ينتقدني وفي كل شيء	
	من النادر أن يظهر أبي أي تعاطف تجاهي	
	أبي ينصحني ويساعدني حينما أكون غير سعيد أو في مأزق	
	أشعر بأن أبي بعيد عني حتى وإن كان جواري	
	أبي يقدم لي الكثير من التحفيز	
	أبي عاطفي ومتفهم بشكل كبير	
	أبي لا يهتم كثيراً بما يحدث لي	

مقياس الحب بين الأزواج

يتكون مقياس الحب بين الأزواج (Hafield and Sprecher, 1986) من (30) فقرة صممت لتقيس مستوى الحب بين الزوج والزوجة . هناك ثلاثة جوانب من الحب تطرق إليها المقياس وهي : الجانب الإدراكي ، والجانب السلوكي ، وكذلك الجانب العاطفي على أن العاطفة مستودع الحب .

الإجابة عن المقياس تكون بواسطة مقياس يتدرج من (1 - 9) ويوضع في الشكل التالي :

1	2	3	4	5	6	7	8	9
غير صادق على الإطلاق			صادق إلى حد ما				بالتأكيد صادق	

يطلب من المجيب قراءة العبارة ثم وضع أحد الأرقام المرصودة أعلاه في خانة الإجابة ، بحيث يعكس الرقم الحالة الراهنة للمجيب والتي شرحتها العبارة . وتجدر الإشارة إلى أنه في ممارسة علاج الأزواج أو إرشاد الأزواج يمكن استخدام المقياس مع المقابلة ، بحيث يمكن مناقشة بعض الأمور مثل :

1 - السبب وراء حصول العبارة ذات الدرجة الأكثر ؟

2 - السبب وراء حصول العبارة ذات الدرجة الأقل ؟

3 - أكثر العبارات سببت شعوراً عاطفياً قوياً ؟

وفي علاج الأزواج أو إرشاد الأزواج يمكن أيضاً عمل مقارنة بين إجابة الزوج والزوجة . علماً بأنه لا بد من التنبيه إلى سرية الإجابات وخصوصية البيانات قبل البدء في تطبيق المقياس .

أما طريقة حساب درجة المقياس فهي سهلة ، ويتم ذلك عن طريق جمع حاصل درجات جميع فقرات المقياس ، بحيث تعكس الدرجة العالية مستوى عال من الحب تجاه الطرف الآخر (الزوج/ الزوجة) .

أولاً / نسخة حب الزوج

الرقم	العبارة	الإجابة
1	منذ أن تزوجت زوجي ومشاعري ترفرف وكأنها طائر جميل	
2	سأكون إنسانة بائسة لو تركني زوجي	
3	أشعر أن بدني ينبض بالسعادة حينما أنظر إلى زوجي	
4	كم يبهجني أن أسير بصحبة زوجي وبجواره	
5	بعض الأحيان لا أقاوم الاستغراق والتفكير في زوجي	
6	أشعر بالسعادة حينما أعمل شيئاً يجعل زوجي سعيداً	
7	أتمنى أن أكون مع زوجي فقط ولوحدنا	
8	سوف أشعر بالغيرة لو تخيلت أن زوجي يحب إنسانة أخرى	
9	لا يمكن لأي إنسانة أن تحب زوجي بقدر ما أحبه أنا	
10	أنا توّاقة لمعرفة كل شيء عن زوجي	
11	كل شيء في جسمي يريد زوجي (بدني وعقلي وعاطفتي)	
12	سأحب زوجي إلى الأبد	
13	أنا أذوب حينما أنظر إلى عيون زوجي	
14	أنا معلقة بزوجي وأميل له ميلاً ليس له حد	
15	زوجي بالنسبة لي أروع إنسان في الحب والرومانسية	
16	زوجي هو الشخص الذي يستطيع أن يجعلني في قمة السعادة	
17	أحس بأن جسمي كله يستجيب حينما يلمسني زوجي	
18	أشعر بالرقة والحنان تجاه زوجي	
19	زوجي لا يفارق مخيلتي أبداً	
20	لو ابتعدت عن زوجي فترة طويلة سأشعر بالشوق الحار	
21	بعض الأحيان لا أستطيع التفكير في أعمالي لأن زوجي يستحوذ على تفكيري	
22	أحب اطلاع زوجي على أفكاري وتطلعاتي وآمالي	
23	حينما أعرف أن زوجي يهمه أمري أشعر بالفخر والاستقرار	
24	أتشوق لتلقي إشارة من زوجي تظهر حبه لي	
25	لو يكون زوجي في مأزق فأنني أفديه بحياتي وبكل ما أملك	
26	زوجي هو من يستطيع أن يجعلني أشعر بالتهيج والتلذذ	
27	في حضور زوجي أستمتع بلمسته وملامسته	
28	الوجود بدون زوجي يبدو مظلماً وموحشاً	
29	لدي انجذاب قوي تجاه زوجي	
30	أشعر بالاكتئاب الشديد حينما تتأثر علاقتي مع زوجي بشكل ما	

ثانياً / نسخة حب الزوجة

الرقم	العبارة	الإجابة
1	منذ أن تزوجت زوجتي ومشاعري ترفرف وكأنها طائر جميل	
2	سأكون إنسان بائس لو تركتني زوجتي	
3	أشعر أن بدني ينبض بالسعادة حينما أنظر إلى زوجتي	
4	كم يبهجني أن أسير بصحبة زوجتي وبجوارها	
5	بعض الأحيان لا أقاوم الاستغراق في التفكير في زوجتي	
6	أشعر بالسعادة حينما أعمل شيئاً يجعل زوجتي سعيدة	
7	أتمنى أن أكون مع زوجتي فقط ولوحدنا	
8	سوف أشعر بالغيرة لو تخيلت أن زوجتي تحب إنساناً آخر	
9	لا يمكن لأي إنسان أن يحب زوجتي بقدر ما أحبها أنا	
10	أنا توّاق لمعرفة كل شيء عن زوجتي	
11	كل شيء في جسمي يريد زوجتي (بدني وعقلي وعاطفتي)	
12	سأحب زوجتي إلى الأبد	
13	أنا أذوب حينما أنظر إلى عيون زوجتي	
14	أنا معلق بزوجتي وأميل لها ميلاً ليس له حد	
15	زوجتي بالنسبة لي أروع إنسانة في الحب والرومانسية	
16	زوجتي هي الإنسانة التي تستطيع أن تجعلني في قمة السعادة	
17	أحس بأن جسمي كله يستجيب حينما تلمسني زوجتي	
18	أشعر بالرقة والحنان تجاه زوجتي	
19	زوجتي لا تفارق مخيلتي أبداً	
20	لو ابتعدت عن زوجتي فترة طويلة سأشعر بالشوق الحار	
21	بعض الأحيان لا أستطيع التفكير في أعمالي لأن زوجتي تستحوذ على تفكيري	
22	أحب اطلاع زوجتي على أفكاري وتطلعاتي وآمالي	
23	حينما أعرف أن زوجتي يهمها أمري أشعر بالفخر والاستقرار	
24	أتشوق لتلقي إشارة من زوجتي تظهر حبها لي	
25	لو تكون زوجتي في مأزق فأنني أفديها بحياتي وبكل ما أملك	
26	زوجتي هي من يستطيع أن يجعلني أشعر بالتهيج والتلذذ	
27	في حضور زوجتي أستمتع بلمستها وملامستها	
28	الوجود بدون زوجتي يبدو مظلماً وموحشاً	
29	لدي انجذاب قوي تجاه زوجتي	
30	أشعر بالاكتئاب الشديد حينما تتأثر علاقتي مع زوجتي بشكل ما	

مقياس العلاقة بين الزوجين

يتكون مقياس العلاقة بين الزوجين (Hendrick, 1988) من سبع فقرات، تقيس درجة الرضا عن العلاقة بين الزوجين. ويتميز المقياس بالبساطة في الاستخدام، خصوصاً حينما يطلب من المجيب وضع إجاباته في ورقة خارجية. كما يتميز المقياس بأهمية خاصة تتمثل في إظهار مستوى العلاقة الغرامية بين الزوجين.

وحساب درجة المقياس تبدأ بعكس إجابات فقرة (4) و (7) بحيث تكون على النحو التالي: (أ = 5) (ب = 4) (ج = 3) (د = 2) (هـ = 1). والدرجة الكلية للمقياس يفترض أن تتراوح بين (7 درجات) كمستوى متدنٍ من الرضا عن العلاقة الزوجية، و (35 درجة) كمستوى عال من الرضا عن العلاقة الزوجية.

أولاً / نسخة الزوجة

الرقم	السؤال				
1	إلى أي مدى زوجك يلبي احتياجاتك؟				
	أ	ب	ج	د	هـ
	لم يلب شيئاً		بشكل متوسط		بشكل تام
2	بشكل عام ما مدى رضاك عن علاقتك الزوجية؟				
	أ	ب	ج	د	هـ
	غير راضية		راضية إلى حد ما		تمام الرضا
3	كيف تقيمين علاقتك بزوجك مقارنة بغيرك من الزوجات؟				
	أ	ب	ج	د	هـ
	ضعيفة جداً		متوسطة		ممتازة
4	هل تمنيتي لو أنك لم تتزوجي ذلك الرجل؟				
	أ	ب	ج	د	هـ
	أبداً		أحياناً		دائماً
5	إلى أي مدى حقق ارتباطك بزوجك أمنياتك وأحلامك الأصلية؟				
	أ	ب	ج	د	هـ
	لم يحقق شيئاً		بشكل متوسط		بشكل تام
6	ما مقدار حبك لزوجك؟				
	أ	ب	ج	د	هـ
	لا أحبه		بشكل متوسط		بشكل تام
7	ما نسبة حدوث مشكلات في العلاقة بينك وبين زوجك؟				
	أ	ب	ج	د	هـ
	مليئة جداً		وسط		كثيرة جداً

ثانياً / نسخة الزوج

الرقم	السؤال				
1	إلى أي مدى زوجتك تلبي احتياجاتك؟				
	أ	ب	ج	د	هـ
	لم تلب شيئاً		بشكل متوسط		بشكل تام
2	بشكل عام ما مدى رضاك عن علاقتك الزوجية؟				
	أ	ب	ج	د	هـ
	غير راض		راض إلى حد ما		تمام الرضا
3	كيف تقيم علاقتك بزوجتك مقارنة بغيرك من الأزواج؟				
	أ	ب	ج	د	هـ
	ضعيفة جداً		متوسطة		ممتازة
4	هل تمنيت لو أنك لم تتزوج تلك المرأة؟				
	أ	ب	ج	د	هـ
	أبداً		أحياناً		دائماً
5	إلى أي مدى حقق ارتباطك بزوجتك أمنياتك وأحلامك الأصلية؟				
	أ	ب	ج	د	هـ
	لم يحقق شيئاً		بشكل متوسط		بشكل تام
6	ما مقدار حبك لزوجتك؟				
	أ	ب	ج	د	هـ
	لا أحبها		بشكل متوسط		بشكل تا
7	ما نسبة حدوث مشكلات في العلاقة بينك وبين زوجتك؟				
	أ	ب	ج	د	هـ
	كثيرة جداً		وسط		كثيرة جداً

مقياس العنف بين الأزواج

صمم مقياس العنف ين الأزواج (Straus, 1990) لقياس خمسة أشكال من العنف أو إساءة المعاملة التي يمكن أن تقع بين الزوج والزوجة هي : أ) الإساءة اللفظية . ب) الإساءة النفسية أو العاطفية . ج) العنف البدني . د) العنف الجنسي . هـ) الاعتداء بالجرح أو الكسر أو الحرق . ويتميز مقياس العنف بين الأزواج بشموليته لأشكال العنف إلى جانب كفاءته العملية ، إذ يبلغ عمر المقياس أكثر من ثلاثين عاماً . يتكون المقاس من 76 عبارة تقيس جوانب مختلفة من العنف والإساءة مع مدى وقوعها ونسبة وتكرار حدوثها من ولدى كلا الزوجين وفي كلا النسختين (نسخة الزوج والزوجة) .

مما يتيح الفرصة لعقد مقارنة بين إجابات الزوجين ومدى كذب أحد الطرفين أو كلاهما .

للإجابة عن فقرات المقياس يطلب من الزوج/ الزوجة قراءة العبارات بعناية ، ثم النظر فيما إذا وقع منه/ منها ما نصت عليه العبارات خلال العام الماضي (خلال الاثني عشر شهراً الماضية) ، ووضع دائرة حول الرقم الذي يمثل عدد مرات حدوث ما نصت عليه كل عبارة . بحيث يكون اختيار الإجابات على النحو التالي :

0 = يوضع حوله دائرة إذا لم يقع الحدث على الإطلاق .

1 = يوضع حوله دائرة إذا وقع الحدث مرة واحدة خلال العام الماضي .

2 = يوضع حوله دائرة إذا وقع الحدث مرتين خلال العام الماضي .

3 = يوضع حوله دائرة إذا وقع الحدث (3 - 5 مرات) خلال العام الماضي .

4 = يوضع حوله دائرة إذا وقع الحدث (6 - 10 مرات) خلال العام الماضي .

5 = يوضع حوله دائرة إذا وقع الحدث (11 - 20 مرة) خلال العام الماضي .

6 = يوضع حوله دائرة إذا وقع الحدث أكثر من (20 مرة) خلال العام الماضي .

7 = يوضع حوله دائرة إذا وقع الحدث الذي نصت عليه العبارة ولكن ليس خلال العام الماضي كأن يكون الحدث وقع منذ عامين أو أكثر مثلاً . وهذه الخانة تفيد لمعرفة أثر العلاج أو إرشاد الأزواج خلال الجلسات الممتدة لأكثر من سنة مع الأسر أو الأزواج .

أما طريقة حساب درجات المقياس فهي معقدة بعض الشيء ، إذ تحسب بناءً على عدد مرات تكرار العنف أو الإساءة ، بحيث تكون على النحو التالي : (صفر = صفر) (مرة واحدة = 1 درجة) (مرتين = درجتين) (3-5 مرات = 4 درجات) (6-10 مرات = 8 درجات) (11-20 مرة = 15 درجة) (أكثر من 20 مرة = 25 درجة) . وعلى ذلك تشير الدرجة العالية إلى مستوى عال من العنف ، ومن العبارات يستطيع المرشد الأسري معرفة نوع العنف أو الإساءة . على أن وجود إجابات غير "الصفر" يعد مؤشراً إلى وجود عنف أو إساءة بين الزوجين .

أولاً / نسخة الزوج

الرقم	العبارة	الإجابة
1	سبق أن أعطيت زوجتي العناية والاهتمام رغم أننا لا نتفق مع بعضنا البعض	0 7 6 5 4 3 2 1
2	زوجتي سبق أن أعطتني العناية والاهتمام رغم أننا لا نتفق مع بعضنا البعض	0 7 6 5 4 3 2 1
3	سبق أن شرحت لزوجتي وجهة نظري في موضوع لم نتفق حوله	0 7 6 5 4 3 2 1
4	زوجتي سبق أن شرحت لي وجهة نظرها في موضوع لم نتفق حوله	0 7 6 5 4 3 2 1
5	سبق أن سببتُ أو شتمت زوجتي	0 7 6 5 4 3 2 1
6	زوجتي سبق أن سبتني أو شتمتني	0 7 6 5 4 3 2 1
7	سبق أن قذفت بعنف شيئاً تجاه زوجتي كاد أن يؤذيها .	0 7 6 5 4 3 2 1
8	زوجتي ،سبق أن قذفت بعنف شيئاً تجاهي كاد أن يؤذيني .	0 7 6 5 4 3 2 1
9	سبق أن لويت وبعنف يد أو شعر زوجتي	0 7 6 5 4 3 2 1
10	زوجتي سبق أن لوت وبعنف يدي أو شعري	0 7 6 5 4 3 2 1
11	سبق أن أصبت بكدمة أو جرح أو التواء في المفصل بسبب عراك مع زوجتي	0 7 6 5 4 3 2 1
12	زوجتي سبق أن أصيبت بكدمة أو جرح أو التواء في المفصل بسبب عراك معي .	0 7 6 5 4 3 2 1
13	سبق أن أظهرت الاحترام تجاه أحاسيس زوجتي حول موضوع ما .	0 7 6 5 4 3 2 1
14	زوجتي سبق أن أظهرت الاحترام تجاه أحاسيسي حول موضوع ما .	0 7 6 5 4 3 2 1
15	سبق أن دفعت زوجتي بشكل عنيف .	0 7 6 5 4 3 2 1
16	زوجتي سبق أن دفعتني بشكل عنيف .	0 7 6 5 4 3 2 1
17	سبق أن استخدمت القوة (كالضرب أو الإيقاع على الأرض أو باستخدام أداة حادة أو سلاح) لجعل زوجتي تقبل أن أمارس الجنس غير المشروع (المحرم) معها	0 7 6 5 4 3 2 1
18	زوجتي سبق أن استخدمت القوة (كالضرب أو الإيقاع على الأرض أو باستخدام أداة حادة أو سلاح) لجعلي أمارس الجنس غير المشروع (المحرم) معها	0 7 6 5 4 3 2 1

19	سبق أن استخدمت السكينة أو المسدس مع زوجتي	6 5 4 3 2 1	0 7
20	زوجتي سبق أن استخدمت السكينة أو المسدس معي	6 5 4 3 2 1	0 7
21	سبق أن ابتعدت عن ضربة عنيفة وجهت لي من قبل زوجتي أثناء شجار بيننا	6 5 4 3 2 1	0 7
22	زوجتي سبق أن ابتعدت عن ضربة عنيفة وجهتها أنا لها أثناء شجار بيننا	6 5 4 3 2 1	0 7
23	سبق أن ناديت زوجتي بالقبيحة أو السمينة	6 5 4 3 2 1	0 7
24	زوجتي سبق أن نادتني بالقبيح أو السمين	6 5 4 3 2 1	0 7
25	سبق أن لكمت أو ضربت زوجتي بشيء كاد أن يؤذيها	6 5 4 3 2 1	0 7
26	زوجتي سبق أن لكمتني أو ضربتني بشيء كاد أن يؤذيني	6 5 4 3 2 1	0 7
27	سبق أن دمّرت أو أتلفت شيئاً خاصاً بزوجتي	6 5 4 3 2 1	0 7
28	زوجتي سبق أن دمّرت أو أتلفت شيئاً خاصاً بي	6 5 4 3 2 1	0 7
29	سبق أن ذهبت إلى طبيب أو إلى مستشفى بعد نزاع أو عراك مع زوجتي	6 5 4 3 2 1	0 7
30	زوجتي سبق أن ذهبت إلى طبيب أو إلى مستشفى بعد نزاع أو عراك معي	6 5 4 3 2 1	0 7
31	سبق أن خنقت زوجتي	6 5 4 3 2 1	0 7
32	زوجتي سبق أن خنقتني	6 5 4 3 2 1	0 7
33	سبق أن صحت أو صرخت في وجه زوجتي	6 5 4 3 2 1	0 7
34	زوجتي سبق أن صاحت أو صرخت في وجهي	6 5 4 3 2 1	0 7
35	سبق أن زجيت (دفعت بكره) زوجتي بشكل عنيف تجاه الحائط	6 5 4 3 2 1	0 7
36	زوجتي سبق أن زجت (دفعت بكره) بي بشكل عنيف تجاه الحائط	6 5 4 3 2 1	0 7
37	سبق أن قلت بأنني كنت واثقاً بأننا (أنا وزوجتي) نستطيع التعاون معاً لحل مشكلة ما	6 5 4 3 2 1	0 7
38	زوجتي سبق أن كانت متأكدة بأننا (أنا وهي) نستطيع التعاون معاً لحل مشكلة ما	6 5 4 3 2 1	0 7
39	سبق أن كنت محتاجاً للذهاب إلى طبيب أو إلى مستشفى بعد شجار أو عراك مع زوجتي ولكنني لم اذهب	6 5 4 3 2 1	0 7
40	زوجتي سبق أن كانت محتاجة للذهاب إلى طبيب أو إلى مستشفى بعد شجار أو عراك معي ولكنها لم تذهب	6 5 4 3 2 1	0 7

41	سبق أن دست على زوجتي بأقدامي	1 2 3 4 5 6 7 0
42	زوجتي سبق أن داست عليّ بأقدامها	1 2 3 4 5 6 7 0
43	سبق أن شديت أو سحبت زوجتي بقسوة أو عنف	1 2 3 4 5 6 7 0
44	زوجتي سبق أن شدتني أو سحبتني بقسوة أو عنف	1 2 3 4 5 6 7 0
45	سبق أن استخدمت القوة (كالضرب أو الإيقاع على الأرض أو باستخدام أداة حادة أو سلاح) لجعل زوجتي تخضع لرغبتي الجنسية	1 2 3 4 5 6 7 0
46	زوجتي سبق أن استخدمت القوة (كالضرب أو الإيقاع على الأرض أو باستخدام أداة حادة أو سلاح) لجعلي أخضع لرغبتها الجنسية	1 2 3 4 5 6 7 0
47	سبق أن غضبت وتركت أو هجرت الغرفة أو البيت أو المكان أثناء خلاف وقع بيني وبين زوجتي	1 2 3 4 5 6 7 0
48	زوجتي سبق أن غضبت وتركت أو هجرت الغرفة أو البيت أو المكان أثناء خلاف وقع بيننا	1 2 3 4 5 6 7 0
49	سبق أن أصررت على أن أمارس الجنس مع زوجتي حينما لم تكن لديها الرغبة (ولكنني لم استخدم القوة أو العنف البدني)	1 2 3 4 5 6 7 0
50	زوجتي سبق أن أصرت على أن تمارس الجنس معي حينما لم تكن لدي الرغبة (ولكنها لم تستخدم القوة أو العنف البدني)	1 2 3 4 5 6 7 0
51	سبق أن صفعت أو لطمت زوجتي على وجهها	1 2 3 4 5 6 7 0
52	زوجتي سبق أن صفعتني أو لطمتني على وجهي	1 2 3 4 5 6 7 0
53	سبق أن أُصبت بكسر أو شعر في عظم نتيجة نزاع أو عراك مع زوجتي	1 2 3 4 5 6 7 0
54	زوجتي سبق أن أُصيبت بكسر أو شعر في عظم نتيجة نزاع أو عراك معي .	1 2 3 4 5 6 7 0
55	سبق أن استخدمت الترهيب أو التخويف لجعل زوجتي تقبل بممارسة الجنس غير المشروع (المحرم) معها	1 2 3 4 5 6 7 0
56	زوجتي سبق أن استخدمت الترهيب أو التخويف لتجعلني أمارس الجنس غير المشروع (المحرم) معها	1 2 3 4 5 6 7 0
57	سبق أن اقترحت حلاً وسطاً لتسوية خلاف كان بيننا	1 2 3 4 5 6 7 0
58	زوجتي سبق أن اقترحت حلاً وسطاً لتسوية خلاف كان بيننا	1 2 3 4 5 6 7 0

59	سبق أن حرقت جزءاً من بدن زوجتي عن عمد مني	6 5 4 3 2 1	0 7
60	زوجتي سبق أن حرقت جزءاً من بدني عن عمد منها	6 5 4 3 2 1	0 7
61	سبق أن الحيت أو اصريت على أن أمارس الجنس غير المشروع (المحرم) مع زوجتي (ولكني لم أضرب ولم استخدم القوة)	6 5 4 3 2 1	0 7
62	زوجتي سبق أن الحت أو أصرت على أن أمارس الجنس غير المشروع (المحرم) معها (ولكنها لم تضرب ولم تستخدم القوة)	6 5 4 3 2 1	0 7
63	سبق أن اتهمت زوجتي بأنها مقصرة في حبها لي (حب ناقص)	6 5 4 3 2 1	0 7
64	زوجتي سبق أن اتهمتني بأنني مقصر في حبي لها (حب ناقص)	6 5 4 3 2 1	0 7
65	سبق أن عملت شيئاً لغرض الإغاظة أو النكاية بزوجتي .	6 5 4 3 2 1	0 7
66	زوجتي سبق أن عملت شيئاً بغرض إغاظتي أو النكاية بي	6 5 4 3 2 1	0 7
67	سبق أن توعدت أو هددت زوجتي بالضرب أو بقذف شيء نحوها	6 5 4 3 2 1	0 7
68	زوجتي سبق أن توعدتني أو هددتني بالضرب أو بقذف شيء نحوي	6 5 4 3 2 1	0 7
69	سبق أن شعرت بألم بدني استمر معي حتى اليوم التالي نتيجة شجار أو عراك مع زوجتي	6 5 4 3 2 1	0 7
70	زوجتي سبق أن شعرت بألم بدني استمر معها حتى اليوم	6 5 4 3 2 1	0 7
	التالي نتيجة شجار أو عراك معي	6 5 4 3 2 1	0 7
71	سبق أن رفست أو ركلت زوجتي	6 5 4 3 2 1	0 7
72	زوجتي سبق أن رفستني أو ركلتني	6 5 4 3 2 1	0 7
73	سبق أن استخدمت الترهيب أو التخويف لجعل زوجتي تخضع لرغبتي الجنسية	6 5 4 3 2 1	0 7
74	زوجتي سبق أن استخدمت الترهيب أو التخويف لتجعلني أخضع لرغبتها الجنسية	6 5 4 3 2 1	0 7
75	سبق أن قبلت بحل أبدته زوجتي لتسوية خلاف كان بيننا	6 5 4 3 2 1	0 7
76	زوجتي سبق أن قبلت بحل أبديته أنا لتسوية خلاف كان بيننا	6 5 4 3 2 1	0 7

ثانياً / نسخة الزوجة

الرقم	العبارة	الإجابة
1	سبق أن أعطيت زوجي العناية والاهتمام رغم أننا لا نتفق مع بعضنا البعض	1 2 3 4 5 6 7 0
2	زوجي سبق أن أعطاني العناية والاهتمام رغم أننا لا نتفق مع بعضنا البعض	1 2 3 4 5 6 7 0
3	سبق أن شرحت لزوجي وجهة نظري في موضوع لم نتفق حوله	1 2 3 4 5 6 7 0
4	زوجي سبق أن شرح لي وجهة نظره في موضوع لم نتفق حوله	1 2 3 4 5 6 7 0
5	سبق أن سببت أو شتمت زوجي	1 2 3 4 5 6 7 0
6	زوجي سبق أن سبتني أو شتمني	1 2 3 4 5 6 7 0
7	سبق أن قذفت بعنف شيئاً تجاه زوجي كاد أن يؤذيه	1 2 3 4 5 6 7 0
8	زوجي سبق أن قذف بعنف شيئاً تجاهي كاد أن يؤذيني	1 2 3 4 5 6 7 0
9	سبق أن لويت وبعنف يد أو شعر زوجي .	1 2 3 4 5 6 7 0
10	زوجي سبق أن لوى وبعنف يدي أو شعري	1 2 3 4 5 6 7 0
11	سبق أن أُصبت بكدمة أو جرح أو التواء في المفصل بسبب عراك مع زوجي	1 2 3 4 5 6 7 0
12	زوجي سبق أن أُصيبت بكدمة أو جرح أو التواء في المفصل بسبب عراك معي	1 2 3 4 5 6 7 0
13	سبق أن أظهرت الاحترام تجاه أحاسيس زوجي حول موضوع ما	1 2 3 4 5 6 7 0
14	زوجي سبق أن أظهر الاحترام تجاه أحاسيسي حول موضوع ما	1 2 3 4 5 6 7 0
15	سبق أن دفعت زوجي بشكل عنيف	1 2 3 4 5 6 7 0
16	زوجي سبق أن دفعني بشكل عنيف	1 2 3 4 5 6 7 0
17	سبق أن استخدمت القوة (كالضرب أو الإيقاع على الأرض أو باستخدام أداة حادة أو سلاح) لجعل زوجي يقبل أن أمارس الجنس غير المشروع (المحرم) معه	1 2 3 4 5 6 7 0
18	زوجي سبق أن استخدم القوة (كالضرب أو الإيقاع على الأرض أو باستخدام أداة حادة أو سلاح) لجعلي أمارس الجنس غير المشروع (المحرم) معه	1 2 3 4 5 6 7 0

19	سبق أن استخدمت السكينة أو المسدس مع زوجي	1 2 3 4 5 6	7 0
20	زوجي سبق أن استخدم السكينة أو المسدس معي	1 2 3 4 5 6	7 0
21	سبق أن ابتعدت عن ضربة عنيفة وجهت لي من قبل زوجي أثناء شجار بيننا	1 2 3 4 5 6	7 0
22	زوجي سبق أن ابتعد عن ضربة عنيفة وجهتها أنا له أثناء شجار بيننا .	1 2 3 4 5 6	7 0
23	سبق أن ناديت زوجي بالقبيح أو السمين	1 2 3 4 5 6	7 0
24	زوجي سبق أن ناداني بالقبيحة أو السمينة	1 2 3 4 5 6	7 0
25	سبق أن لكمت أو ضربت زوجي بشيء كاد أن يؤذيه	1 2 3 4 5 6	7 0
26	زوجي سبق أن لكمني أو ضربني بشيء كاد أن يؤذيني	1 2 3 4 5 6	7 0
27	سبق أن دمّرت أو أتلفت شيئاً خاصاً بزوجي	1 2 3 4 5 6	7 0
28	زوجي سبق أن دمّر أو أتلف شيئاً خاصاً بي	1 2 3 4 5 6	7 0
29	سبق أن ذهبت إلى طبيب أو إلى مستشفى بعد نزاع أو عراك مع زوجي	1 2 3 4 5 6	7 0
30	زوجي سبق أن ذهب إلى طبيب أو إلى مستشفى بعد نزاع أو عراك معي	1 2 3 4 5 6	7 0
31	سبق أن خنقت زوجي	1 2 3 4 5 6	7 0
32	زوجي سبق أن خنقني	1 2 3 4 5 6	7 0
33	سبق أن صحت أو صرخت في وجه زوجي	1 2 3 4 5 6	7 0
34	زوجي سبق أن صاح أو صرخ في وجهي	1 2 3 4 5 6	7 0
35	سبق أن زجيت (دفعت بكره) زوجي بشكل عنيف تجاه الحائط	1 2 3 4 5 6	7 0
36	زوجي سبق أن زج (دفع بكره) بي بشكل عنيف تجاه الحائط	1 2 3 4 5 6	7 0
37	سبق أن قلت بأنني كنت واثقة بأننا (أنا وزوجي) نستطيع التعاون معاً لحل مشكلة ما	1 2 3 4 5 6	7 0
38	زوجي سبق أن كان متأكداً بأننا (أنا وهو) نستطيع التعاون معاً لحل مشكلة ما	1 2 3 4 5 6	7 0
39	سبق أن كنت محتاجة للذهاب إلى طبيب بعد شجار أو عراك مع زوجي ولكنني لم اذهب	1 2 3 4 5 6	7 0
40	زوجي سبق أن كان محتاجاً للذهاب إلى طبيب بعد شجار أو عراك معي ولكنه لم يذهب	1 2 3 4 5 6	7 0
41	سبق أن دست على زوجي بأقدامي	1 2 3 4 5 6	7 0

42	زوجي سبق أن داس عليّ بأقدامه	1 2 3 4 5 6	7 0
43	سبق أن شديت أو سحبت زوجي بقسوة أو عنف	1 2 3 4 5 6	7 0
44	زوجي سبق أن شدني أو سحبني بقسوة أو عنف	1 2 3 4 5 6	7 0
45	سبق أن استخدمت القوة (كالضرب أو الإيقاع على الأرض أو باستخدام أداة حادة أو سلاح) لجعل زوجي يخضع لرغبتي الجنسية	1 2 3 4 5 6	7 0
46	زوجي سبق أن استخدم القوة (كالضرب أو الإيقاع على الأرض أو باستخدام أداة حادة أو سلاح) لجعلي أخضع لرغبته الجنسية	1 2 3 4 5 6	7 0
47	سبق أن غضبت وتركت أو هجرت الغرفة أو البيت أو المكان أثناء خلاف وقع بيني وبين زوجي	1 2 3 4 5 6	7 0
48	زوجي سبق أن غضب وترك أو هجر الغرفة أو البيت أو المكان أثناء خلاف وقع بيننا	1 2 3 4 5 6	7 0
49	سبق أن أصررت على أن أمارس الجنس مع زوجي حينما لم تكن لديه الرغبة (ولكنني لم استخدم القوة أو العنف البدني)	1 2 3 4 5 6	7 0
50	زوجي سبق أن أصر على أن أمارس الجنس معه حينما لم تكن لدي الرغبة (ولكنه لم يستخدم القوة أو العنف البدني) .	1 2 3 4 5 6	7 0
51	سبق أن صفعت أو لطمت زوجي على وجهه	1 2 3 4 5 6	7 0
52	زوجي سبق أن صفعني أو لطمني على وجهي	1 2 3 4 5 6	7 0
53	سبق أن أُصبت بكسر أو شعر في عظم نتيجة نزاع أو عراك مع زوجي	1 2 3 4 5 6	7 0
54	زوجي سبق أن أُصيب بكسر أو شعر في عظم نتيجة نزاع أو عراك معي	1 2 3 4 5 6	7 0
55	سبق أن استخدمت الترهيب أو التخويف لجعل زوجي يقبل بممارسة الجنس غير المشروع (المحرم) معي	1 2 3 4 5 6	7 0
56	زوجي سبق أن استخدم الترهيب أو التخويف ليجعلني أمارس الجنس غير المشروع (المحرم) معه	1 2 3 4 5 6	7 0
57	سبق أن اقترحت حلاً وسطاً لتسوية خلاف كان بيننا	1 2 3 4 5 6	7 0
58	زوجي سبق أن اقترح حلاً وسطاً لتسوية خلاف كان بيننا	1 2 3 4 5 6	7 0
59	سبق أن حرقت جزءاً من بدن زوجي عن عمد مني	1 2 3 4 5 6	7 0

60	زوجي سبق أن حرق جزءاً من بدني عن عمد منه	6 5 4 3 2 1	0 7
61	سبق أن الحيت أو أصريت على أن أمارس الجنس غير المشروع (المحرم) مع زوجي (ولكني لم أضرب ولم استخدم القوة)	6 5 4 3 2 1	0 7
62	زوجي سبق أن الح أو أصر على أن أمارس الجنس غير المشروع (المحرم) معه (ولكنه لم يضرب ولم يستخدم القوة)	6 5 4 3 2 1	0 7
63	سبق أن اتهمت زوجي بأنه مقصر في حبه لي (حب ناقص)	6 5 4 3 2 1	0 7
64	زوجي سبق أن اتهمني بأنني مقصرة في حبي له (حب ناقص)	6 5 4 3 2 1	0 7
65	سبق أن عملت شيئاً لغرض الإغاظة أو النكاية بزوجي	6 5 4 3 2 1	0 7
66	زوجي سبق أن عمل شيئاً بغرض إغاظتي أو النكاية بي	6 5 4 3 2 1	0 7
67	سبق أن توعدت أو هددت زوجي بالضرب أو بقذف شيء نحوه	6 5 4 3 2 1	0 7
68	زوجي سبق أن توعدني أو هددني بالضرب أو بقذف شيء نحوي	6 5 4 3 2 1	0 7
69	سبق أن شعرت بألم بدني استمر معي حتى اليوم التالي نتيجة شجار أو عراك مع زوجي	6 5 4 3 2 1	0 7
70	زوجي سبق أن شعر بألم بدني استمر معه حتى اليوم التالي	6 5 4 3 2 1	0 7
	نتيجة شجار أو عراك معي	6 5 4 3 2 1	0 7
71	سبق أن رفست أو ركلت زوجي	6 5 4 3 2 1	0 7
72	زوجي سبق أن رفسني أو ركلني	6 5 4 3 2 1	0 7
73	سبق أن استخدمت الترهيب أو التخويف لجعل زوجي يخضع لرغبتي الجنسية	6 5 4 3 2 1	0 7
74	زوجي سبق أن استخدم الترهيب أو التخويف ليجعلني أخضع لرغبته الجنسية	6 5 4 3 2 1	0 7
75	سبق أن قبلت بحلٍ أبداه زوجي لتسوية خلاف كان بيننا	6 5 4 3 2 1	0 7
76	زوجي سبق أن قبل بحلٍ أبديته أنا لتسوية خلاف كان بيننا	6 5 4 3 2 1	0 7

المراجع

-Azrin, N. H., Naster, B. J. and Jones, R. (1973). Reciprocity counseling: A rapid learning -based procedure for marital counseling. Behavioral Research and Therapy, 11, 365 -382.

- Bloom, M., Fischer, J. and Drme, J. G. (1990). Evaluating practice: Guidelines for the accountable professional) 3rd ed.). USA: Allyn & Bacon.

- Buri, J. R. (1989). Self -esteem and appraisals of parental behavior. Journal of Adolescent Behavior, 4, 33 -49.

- Corcoran, E. and Fischer, J. (2000). Measures for clinical practice: A sourcebook (3rd ed.). USA: The Free Press.

- Epstein , N. B., Baldwin , L.M. and Bishop , D. S. (1983). The McMaster family assessment device. Journal of Marital and Family Therapy, 9, 171 -180.

-Fischer, L., Ransom, D. C., Terry, H. E. and Burge, S. (1992). The California family health project: IV. Family structure/organization and adult health. Family Process, 31, 399 -419.

- Green, R. G., Kolevzon, M. S. and Vosler, N. R. (1985). The beavers -timberalwn model of family competence and the circumflex model of adaptability and cohesion: separate, but equal? Family Process, 24, 385 -398.

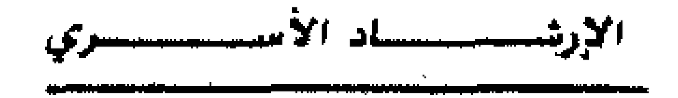
- Hatfield, E. and Sprecher, S. (1986). Measuring passionate love in intimate relationships. Journal of Adolescence, 9, 383 -410.

- Hendrick, S. S. (1988). A generic measure of relationship satisfaction. Journal of Marriage and the Family, 50, 93 -98.

- Hudson, W. W. (1997). The WALMYR assessment scale scoring manual. Tallahassee, FL: WALMYR Publishing Company .

-James, D. E., Schumm, W. R., Kenndy, C. E., Grigsby, C. C., Shectman, K. L. and Nichols, C. W. (1985). Characteristics of the Kansas parental satisfaction scale among two samples of married parents. Psychological Reports, 57, 163 -169.

- McCubbin, H. I., Larsen, A. and Olson, D. Family coping coherence index (FCCI). In H. McCubbin (1996). Family Assessment: Resiliency, Coping and Adaptation. Inventories for Research and Practice. Madison: University of Wisconsin, 703 -712.



-McCubbin, M. A., McCubbin, H. I. and Thomson, A. Family problem solving communication (FPSC). In H. I. McCubbin, A. I. Thomson, and M. A. McCubbin, (1996). Family Assessment: Resiliency, Coping and Adaptation. Inventories for Research and Practice. Madison: University of Wisconsin, 639 -686.

- McCubbin, H. I. and Thompson, A. I. (eds.). (1991). Family assessment: resiliency, coping and adaptation. Inventories for Research and Practice. Madison: University of Wisconsin, 703 -712.

- Schumm, W. R., Jurich, A. P. and Bollman, S. R.) 1986. (Characteristic of the Kansas family life satisfaction scale in a regional sample. Psychological Reports, 58, 975 -980.

-Shields, C. G., Franks, P., Harp, J. J., McDaniel, S. H., and Campbell, T. C. (1992). Development of the Family Emotional Involvement and Criticism Scale (FEICS): A self-report scale to measure expressed emotions. Journal of Marital and Family Therapy, 18, 395 -407.

-Straus, M. A. (1990). The Conflict Tactics Scale and its critics: An evaluation and new data on validity and reliability. In M. A. Straus and R. J. Gelles, Physical Violence in American Families: Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Families (pp. 49 -73). London: Transaction Publishing.



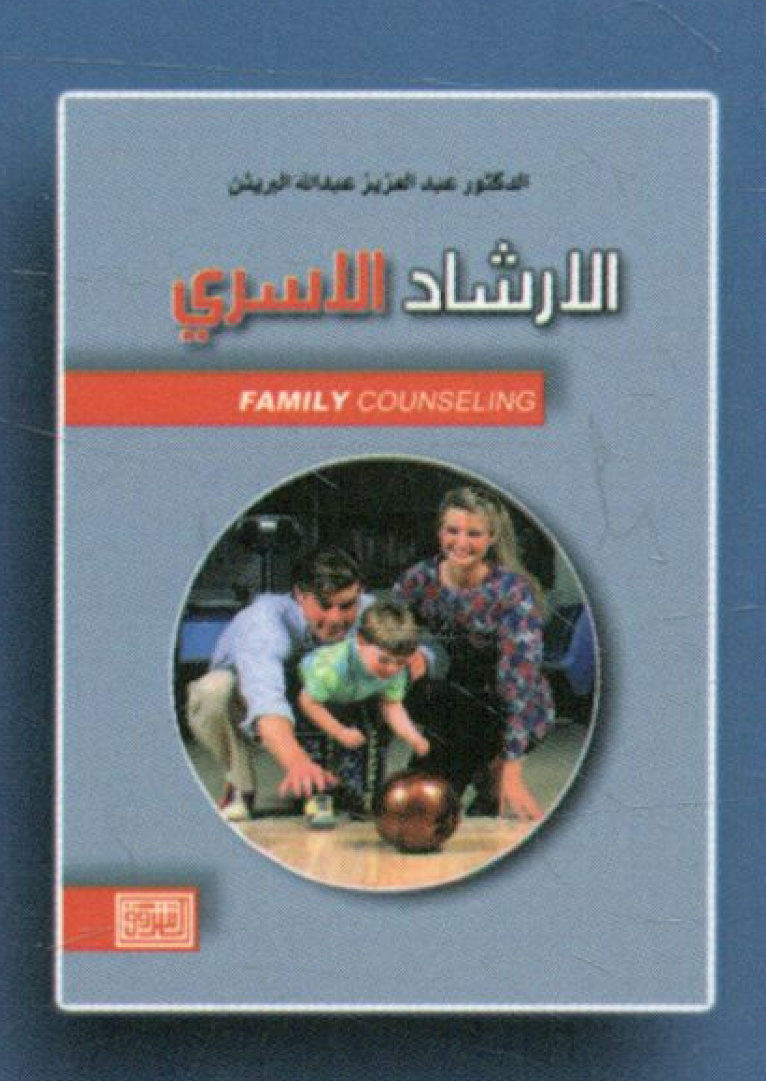
المؤلف في سطور

الدكتور/ عبدالعزيز عبدالله البريثن

استاذ مساعد بجامعة ام القرى

- بكالوريوس في الخدمة الاجتماعية - جامعة الإمام بالرياض (1993م).
- ماجستير في الخدمة الاجتماعية - جامعة الملك سعود بالرياض (1998م).
- ماجستير في الصحة العامة - كلية الطب بجامعة برايتون وسسيكس (2007م).
- دكتوراه الفلسفة في الخدمة الاجتماعية - جامعة ليفربول بالمملكة المتحدة (2006م)
- زمالة ما بعد الدكتوراه في الخدمة الاجتماعية - جامعة ليفربول بالمملكة المتحدة (2007م).
- له العديد من البحوث والمقالات المنشورة في العديد من الدوريات المتخصصة. باللغة العربية والانجليزية.
- عضو في العديد من الجمعيات المحلية والدولية.
- من مؤلفاته:

- الخدمة الاجتماعية في مجال ادمان المخدرات . جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- دليل التدريب الميداني في الخدمة الاجتماعية . المركز الخيري للإرشاد الاجتماعي والاستشارات الأسرية.



الارشاد الاسري

يعتبر الارشاد الأسري من التخصصات الدقيقة، حيث أخذ اهتماماً كبيراً على مستوى العالم، منذ النصف الثاني من القرن العشرين ، والملفت للنظر أن الإرشاد الأسري يرتبط بأكثر من تخصص علمي، إذ يهتم به المتخصصون في الخدمة الاجتماعية والطب النفسي وعلم النفس ، ولعل هذا ما ساهم في تسريع حركة تطوره ، كشكل من أشكال التوجيه والإرشاد ، إلا أننا لا نستطيع أن نعمم هذه الفكرة على كافة المجتمعات ، ففي الوقت الذي يتقدم فيه الإرشاد الأسري في الولايات المتحدة الأمريكية بشكل مضطرد ، نجد شيئاً من العشوائية في ممارسة هذا التخصص لدى بعض الدول العربية، حيث نجده يمارس على يد متخصصين في أي فرع من فروع العلوم الاجتماعية أو العلوم الشرعية ، وهو ما يثير حفيظة الغيورين على التخصصات العلمية، وكذلك المهتمين بحقوق الانسان لارتباط الموضوع بكرامة الأسرة ورفض فكرة التجريب على الانسان ، والتلاعب بمشاعر الناس وأحاسيسهم.





الشروق للنشر و...
عمان - الأردن / تلفون ٤٦١٨١٩٠ ... ٤٦٢٤...
فاكس : ٤٦١٠٠٦٥ - ص . ب ٩٢٦٤٦٣ - ...
فرع الجامعه الأردنية - تلفون : ...٥٨٣...٢
E-mail: shorokjo@nol.com.jo


ISBN 9957-00-344-5
9789957003449